ROK IV. MARZEC — KWIECIEŃ 1938 R. Nr. 2.

Dwumiesięcznik Stomatologiczny

Organ Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej

Redaktor Naczelny: Lek. dent. JULIUSZ KONSTANTIN.

Wydawca: Stowarzyszenie Absolwentów Akademii Stomatologicznej uprawniony przedstaw.: Lek. dent. STEFAN KRÜGER.

Redaktor odpowiedzialny za Dział Naukowy: Prof. dr. med. lek. dent. KONRAD SZEPELSKI.

TREŚĆ:

PRACE ORYGINALNE: Str.

Prof. Dr *K. Szepelski.* Sicasept jako materiał do wypełnień przewodów 88

Dr med. von der *Osten-Sacken.* O wpływie ognisk zakaźnych w jamie ustnej na ustrój 91

Dr fil. lek. stom. *M. Liebeskind.* Kilka słów o dostawce całkowitej 99

Lek. dent. *S. Blikle.* Leczenie zachowawcze zakażonej miazgi (Pulpitis Infectosa) metodą biologiczną t. j. według zasady homeopatycznej 120

Lek. dent. *M. Szaniawska.* Znaczenie kamienia karborundowego dla schorzeń w jamie ustnej 129

Lek. stom. *J. Rybak-Cyranowa.* Rozwój terapii schorzeń okołozębia w literaturze doby ostatniej 134

Lek. dent. *M. Wesołowska.* Poglądy Korneliusza Celsa na choroby jamy ustnej w porównaniu ze współczesnymi poglądami 144

Dr med. dent. lek. dent. *M. Kalisz.* Rzadkie przypadki zatrzymanych zębów 150

Lek. dent. *J. Konstantin.* O doktoratach dla absolwentów b. P. I. D. ob. A. S. 152

HIGIENA JAMY USTNEJ:

Stud. A. S. *S. Arbusman.* Praktyczne wskazówki w higienie jamy ustnej według literatury Amerykańskiej 157

STRESZCZENIA:

Dr med. i med. dent. *Hans Joachim Kutzleb.* Schorzenia śluzówki podczas ciąży i ich leczenie zapomocą kwasu askorbinowego (Vitaminu C). 161

Dr *R. Plötz.* Doświadczenia z nową laną porcelaną 161

Dr *W. Geier.* Występowanie płaszczyzn ścierania na zębach naturalnych, jak również ich znaczenie dla kształtowania naszych robót protetycznych 162

Dr *J. Reichert.* Nowa metoda wykonania klamer lanych 164

Kalendarz zjazdowy 167

RUCH W TOWARZYSTWACH:

Sprawozdanie z działalności Stow. Wzajemnej Pomocy St. Żyd. A. S. za rok 1937/38. 169

Komunikaty 172

Pytania i odpowiedzi 173

Członkowie Stowarzyszenia Absolwentów A. S. otrzymują pismo bezpłatnie.

Prenumerata roczna Zł. 12.

Redakcja: Warszawa, Bielańska 9 m. 70. Tel. 602-11
Administracja: Warszawa, Marszałkowska 120 m. 5. Tel. 692-02
Konto P. K. O. 9931.

Z Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akademii Stomatologicznej w Warszawie
(Kierownik: Prof. Dr K. SZEPELSKI).

Prof. Dr KONRAD SZEPELSKI. *Warszawa.*

Sicasept jako materiał do wypełnień przewodów.

(Doniesienie tymczasowe).

W dobie ostatniej pojawiło się bardzo dużo preparatów mających służyć do wypełnienia przewodów; preparaty te, jako uniwersalne, mają spełniać wszelkie zadania w ten zakres wchodzące, a więc służyć jako wypełnienia przewodów tak po zapaleniu miazgi, jak i po jej zgorzeli, również mogą być stosowane przy częściowym wyłuszczeniu miazgi.

Uniwersalność ta mogąca być stroną dodatnią tych past jest tylko stroną ujemną.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę choćby sprawę częściowego wyłuszczenia miazgi, to przecie tutaj pozostawiamy tkankę miazgi żywą w przewodach lub martwą, zależnie od tego musimy stosować odpowiedni skład pasty, a więc bierzemy pod uwagę czy w korzeniach pozostanie żywa miazga (okoliczność z punktu widenia biologicnezgo niezmiernie pożądana), czy też w korzeniach miazgę pozostawiamy zmumifikowaną.

W zależności od powyższego unikamy w pierwszym przypadku takich środków jak formalina, kreosot, a nawet i thymol.

Wypełnienia w drugim wypadku winny zawierać środki mniej zaczepne w stosunku do ozębnej, a więc, jak doświadczenie uczy, jodoform (Maksajdowska) lub też preparaty srebra koloidalnego (Szepelski).

Z innych wymagań, które stawiamy wypełnianiu przewodów, musimy podkreślić łatwość usuwania wypełnień z przewodów w razie ewentualnych powikłań, kiedy zachodzi potrzeba stworzenia warunków leczenia otwartego.

Z tego względu tak niechętnie, — i zresztą słusznie, — używamy wypełnień z cementem.

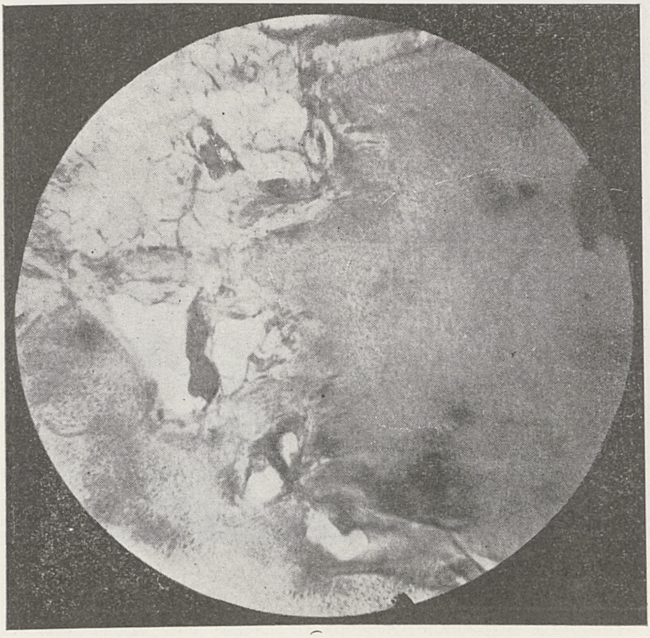
Jak długo nie znajdziemy sposobu na usuwanie cementu z przewodu zupełnie bezpiecznie, pasty będą zawsze chętnie używane przez ostrożnych praktyków.

Wśród różnorodnych wypełnień tego gatunku krajowego pochodzenia został zaproponowany preparat „Sicasept“ określany przez firmę Klawe, która go wyrabia, jako pasta.

Chcąc zbadać działanie preparatu Sicasept, zastosowałem go na samicy psa wagi 8 kg. Do doświadczeń użyłem zębów trzonowych. Po uśpieniu psa rozczynem chloralozy ogrzanej do 40^{0} C. w stosunku 0,1 na 1 kg. wagi, nawierciłem zęby aż do otwarcia komory.

Po całkowitym otwarciu komory, wyłuszczyłem możliwie doszczętnie miazgę, i po zatamowaniu krwotoku, wypełniłem przewody Sicaseptem. W zębach przeciwnej strony po otwarciu komory nałożyłem arsen w ten sam sposób i w tym że składzie (t. j. Acid. arsen. 0,05, Sol. **cocaini** muriatici 10% ut. fiat past moll.), jak używamy do dewitalizacji miazgi. Po upływie 48 godzin nastąpiło całkowite wyłuszczenie miazgi i wypełnienie przewodu Sicaseptem po uprzedniej wkładce 1% thymolu, która leżała w przewodach przez następne 48 godzin.

Załączone mikrofotogramy były sporządzone po zabiciu psa. Bar-



Rys. 1.

wienie preparatu według Schmorla (Schmorl-Untersuchungsmethoden).

Preparaty wykonano w parafinie z celloidyną.

Zdjęcia na płytach Agfa JSS. filtr szafirowy.

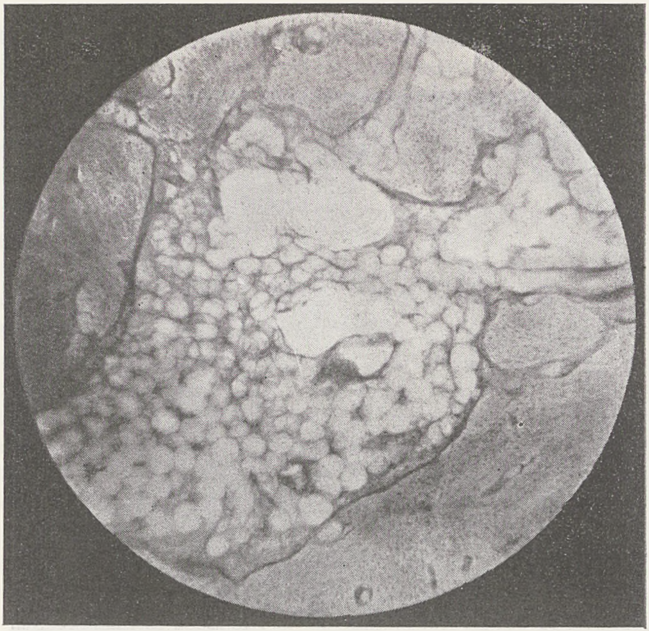
Na zdjęciu widzimy, że w obrębie wierzchołków w ozębnej (rys. 1), jak również i głębiej w szpiku kostnym zmian patologicznych nie widać. (rys. 2).

Widzimy więc, że pasta ta nie wywołuje żadnych podrażnień w ozębnej bezpośrednio po jej zaaplikowaniu nawet po upływie paru dni.

Należy przypuszczać, że w następnych dniach i później pasta nie wywoła żadnych zmian, które by należało uważać za patologiczne.

Ozębna, łącząc się bezpośrednio ze szpikiem kostnym, drogą łączności tkanek może wywołać i tam jednoimienne stany patologiczne. Jeżeli obejrzymy mikrofotogram drugi, to musimy stwierdzić, że i w szpiku kostnym zmian patologicznych niema.

Wskazania do zastosowania pasty Sicasept, które podaje firma



Rys. 2.

Klawe należy potwierdzić, dodając od siebie, że pasty tej nie należy stosować, wtedy, gdy po częściowym wyłuszczeniu miazgi pozostaje żywa miazga w przewodach. Ztąd wynika, że można ją użyć wtedy, gdy miazga jest martwą (zmumifikowaną) w przewodach, względnie gdy ząb należy do bezmiazgowych.

Co do składu samego pasty, to lepiej by było wyłączyć z niej formalinę i kreosot, a zastąpić je preparatem srebra koloidalnego.

———o———

Dr med. von der OSTEN - SACKEN. Berlin.

O wpływie ognisk zakaźnych w jamie ustnej na ustrój.

(Referat wygłoszony na VII. Polskim Zjeździe Stomatologicznym w Warszawie).

Panie Przewodniczący, Panie i Panowie!

Na wstępie uprzejmie proszę pozwolić mi wypowiedzieć na tym miejscu słowa najserdeczniejszego podziękowania, że danym mi jest przed szanownym zgromadzeniem mówić na temat wchodzący w zakres naszych naukowych zainteresowań. Muszę podkreślić, że przemawiam z pewnym wzruszeniem, ponieważ przypadło mi w udziale zacieśnić odwieczny kulturalny kontakt pomiędzy moją ojczyzną, a waszym krajem.

Jeśli mi wolno, to prosiłbym Szanownych Słuchaczy o trochę pobłażliwości, gdyż nie władam na tyle jeszcze biegle mową polską, abym swe myśli mógł gładko wypowiadać.

Jednak przypuszczam, że najlepiej wyrażę moją najgłębszą wdzięczność, za zaproszenie na Zjad, jeśli spróbuję mówić w ojczystym języku inicjatorów Zjazdu.

Tematem mego dzisiejszego przemówienia będzie jeden z ważniejszych problematów nowoczesnej stomatologii.

Odważyłbym się twierdzić, że kwestia działania na odległość zakaźnych ognisk jamy ustnej jest łącznikiem pomiędzy stomatologią, a medycyną ogólną.

Zdaje mi się, że należy bliżej się zastanowić nad istotą tego nadzwyczaj ważnego pod względem teoretycznym i praktycznym zagadnienia.

Przy tej okazji muszę podkreślić, że sprawia mi to najwyższą przyjemność, że właśnie język polski posiada na określenie tego patologicznego kompleksu najodpowiedniejsze słowo.

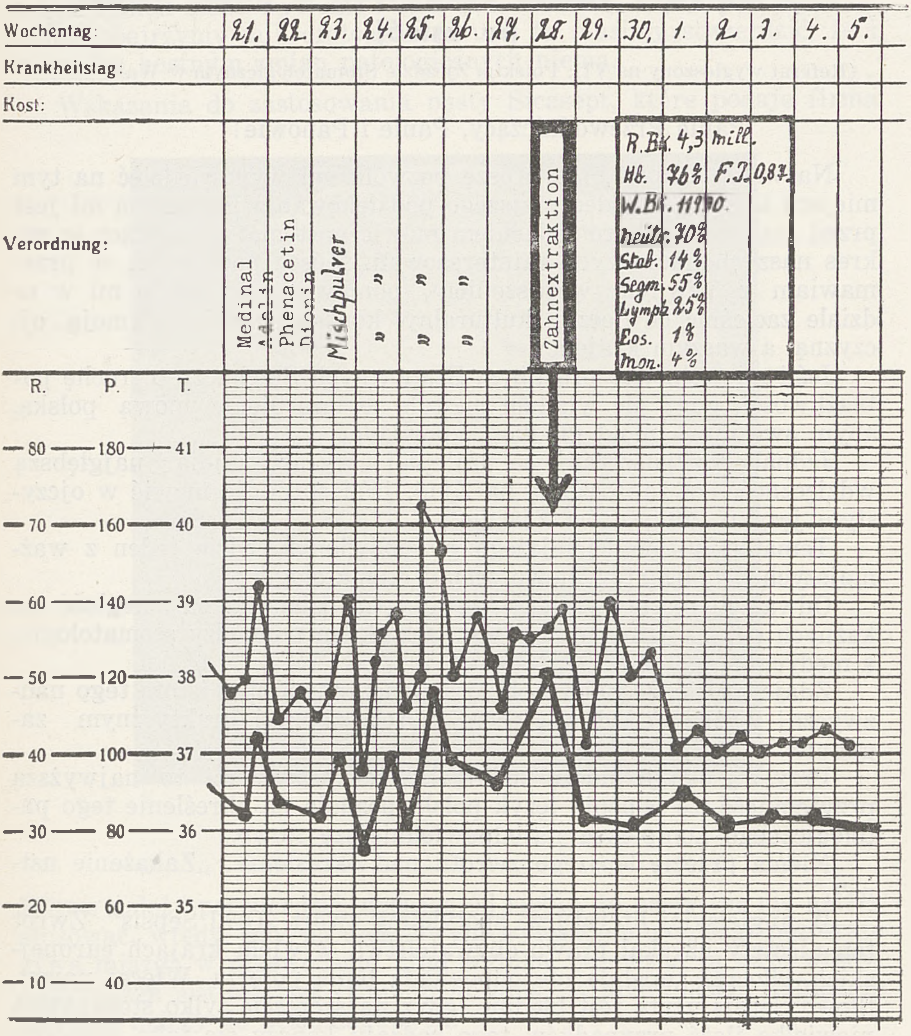
Niema przecie lepszego zwrotu nad określenie: „Zakażenie ustne“.

W angielskiej literaturze spotykamy zwort „Oral Sepsis“. Zwrot ten niestety uzyskał prawo obywatelstwa w wielu krajach europejskich, chociaż zupełnie nie odpowiada temu pojęciu. Więcej nawet. Słowo Sepsis użyte jest błędnie, gdyż na szczęście tylko stosunkowo niewielka ilość przypadków tego rodzaju kończy się jako właściwa sepsis.

W setkach przypadków, które miałem sposobność obserwować, znajduje się tylko niewiele należących do kategorii właściwych przypadków Sepsis.

Klasyczne przypadki tego schorzenia, określone jako zakażenie ustne, przebiegają naogół chronicznie o cechach niezróżniczkowanych, które nie mają wyrazu złośliwego.

Obraz kliniczny w tych przypadkach jest tak różnorodny, że bardzo jest trudno utworzyć jakąś grupę, którejby można nadać określoną nazwę. Aby nie nużyć moich szanownych słuchaczy, pozwolę

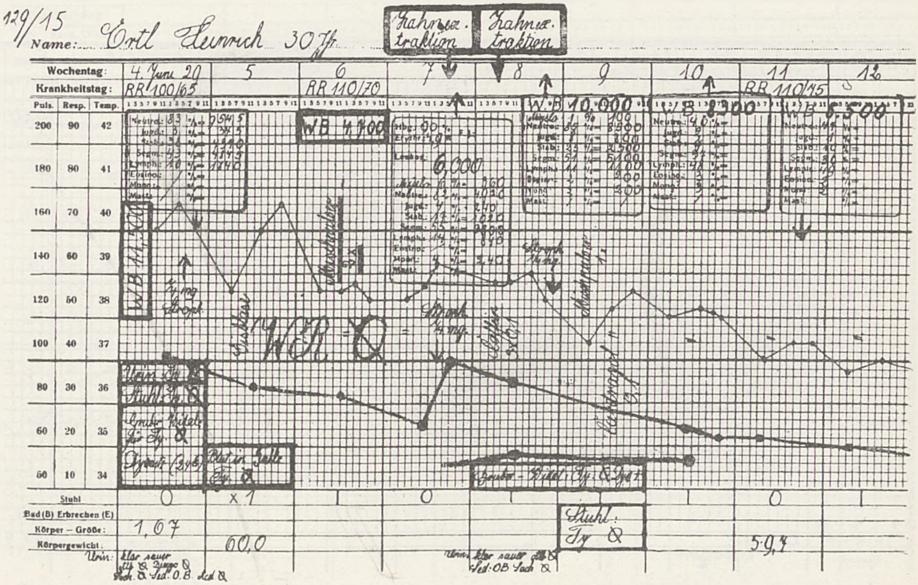


Rys. 1.

sobie może pokrótce przejrzeć najistotniejsze objawy zewnętrzne. Jak wiadomo amerykańska szkoła bardzo łatwo łączy przyczynowo różne schorzenia z ogniskami przyszczytowymi. Myślę, że tak długo jak nie mamy niezbitych naukowych dowodów, łączących dane scho-

reznia z ogniskami przyszczytowymi, musimy być bardzo ostrożni w swych wywodach.

Można przyjąć, że udowodnionym jest wpływ ognisk przyszczytowych na reumatyzm stawowy na stany zapalne nerek, wreszcie na wtórną anemię i zapalenie wsierdzia. Być może jeszcze trudniejszą będzie do ujęcia grupa niedomagań nieokreślonego charakteru, jak np. ogólne osłabienie, brak apetytu, stany podgorączkowe, nerwić różnego rodzaju szczególnie ze strony pęcherza moczowego t. zw. dyzuria. Wielce zasłużony dla tej sprawy badacz P ä s s l e r wskazał na bardzo ciekawą okoliczność, że wiele schorzeń, które dotychczas oznaczaliśmy jako zjawiska nadczulicy, giną po usunięciu ognisk zakażenia.



Rys. 2.

Ta obserwacja jest w zgodzie z dawniej wypowiadanym przeze mnie poglądem, że zakażenie ustne jest jednocześnie problemem uodpornienia. Jest jasnym, że pewne ognisko zakaźne np. ziarniniak niekoniecznie zaraz musi powodować schorzenie ustroju.

Niestety nie odpada możliwość tworzenia się jednocześnie zródła infekcji przy kilku zębach. Takie małe uśpione ognisko z biegiem czasu może ulegać nasileniu i być punktem wyjścia wielu niebezpieczeństw dla ustroju.

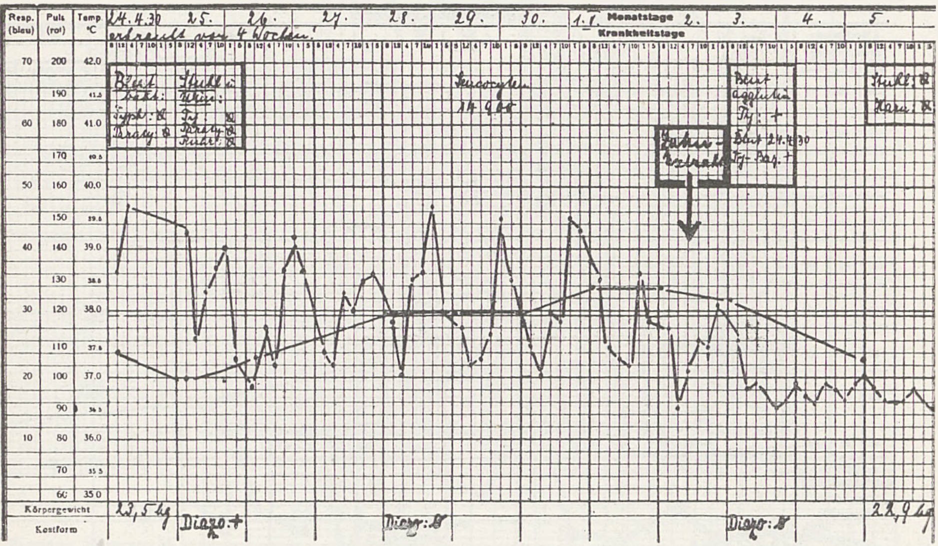
Ten pogląd ma duże znaczenie, gdyż przeciwnicy tego zagadnienia, jako kontrargument przytaczają tę okoliczność, że nie każdy posiadacz ziarniniaka zakaźnego choruje.

A jednak wiemy, że nie każdy człowiek, który jest nosicielem zarazków np. dyfterytu lub tyfusu choruje: musi zaistnieć jeszcze skłonność ku temu.

Państwo rozumiecie dobrze z tego, co powiedziałem, że stomatolog dzięki swej działalności bierze na siebie olbrzymią odpowiedzialność za zdrowie społeczeństwa i dzięki swej wiedzy może innym lekarzom okazywać skuteczną pomoc w zakresie rozpoznania i leczenia.

Idealista stomatolog ma przykrą sytuację: tak długo, jak długo miazga ludzi kulturalnych może ulegać jeszcze schorzeniu, tak długo stoimy przed dylematem: leczyć przewody czy też usuwać zęby.

Wiadomym jest przecie, że szkoła amerykańska bezwarunkowo



Rys. 3.

żąda usuwania każdego t. zw. zęba martwego. Zabieg ten jednak praktycznie nie może być tak bezapelacyjnie wykonywany, prócz tego niema żadnych wskazań po temu tak długo, jak długo ustrój pacjenta nie wykazuje żadnych cech zakażenia ustnego.

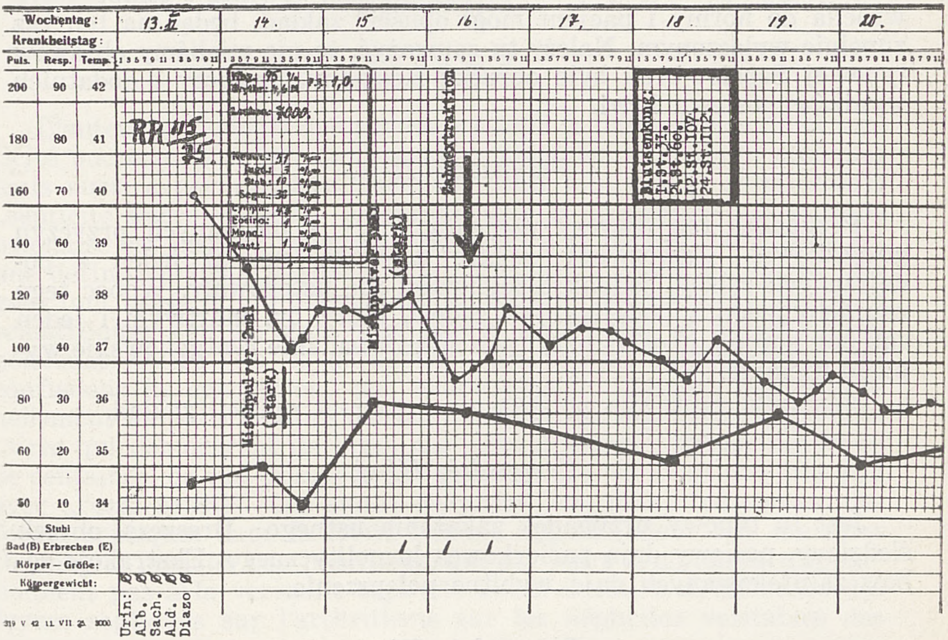
Mógłbym zaproponować w praktyce następujące wytyczne: należy unikać wszelkich manipulacji w zgorzelinowych przewodach u tych pacjentów, gdzie moglibyśmy się spodziewać, że przechodzili oni już reumatyzm stawowy, zapalenie wsierdzia lub zapalenie nerek.

Jeszcze wyraźniej występują zadania stomatologa, gdy rozpoznanie zakażenia ustnego zostanie z całą pewnością stwierdzone.

Podchodzimy wobec tego do najwięcej skomplikowanego zagadnienia: jak rozpoznajemy zakażenie ustne?

Niestety, nie mamy jeszcze wypracowanych specyficznych metod badania. Naogół gdy badanie kliniczne nie daje żadnych innych punktów zaczepu, a obraz krwi wykazuje pewne przesunięcie w lewo i zwolnione ruchy erytrocytów, to z jaką taką pewnością możemy ustalić rozpoznanie jako zakażenie ustne.

W literaturze znajdujemy też potwierdzenia, że zdjęcia rentgenowskie odgrywają znaczną rolę. Mogę osobiście potwierdzić, że w pewnych zgorzelinowych zębach na podstawie ich rentgenogra-



Rys. 4.

mów mogłem przewidzieć, gdzie znajdę później najzłośliwsze drobnoustroje.

Dla praktyków, którzy nie mogą korzystać z pomocy klinik, proponuję następującą tanią i dostępną metodę polecaną przez Ernsta M a y e r'a. Jest to metoda prowokacyjna przy pomocy prądu wysokiego napięcia. Metoda polega na tym, że ustawiamy na dziąśle dwie elektrody w obrębie podejrzanego zęba i przepuszczamy prąd około 5-ciu minut, jednakże bacząc na to, by nie wywołać bólu.

O ile po paru dniach wystąpią objawy ogólne lub lokalne, to twierdzimy, żeśmy wykryli chory ząb.

Ponieważ ograniczony czas nie pozwala mi dłużej zatrzymywać

się przy tym temacie, to na zakończenie przytoczę kilka obrazów z moich badań klinicznych.

Przypadek I-szy.

Przytoczona krzywa temperatury należy do pacjenta, który był dostarczony do kliniki z silnymi bólami głowy w stanie gorączkowym. Ponieważ wszystkie możliwości zostały odrzucone, pozostało przyjąć per exclusionem rozpoznanie — zakażenie ustne. Trzonowce górnej szczęki uległy silnej próchnicy. Po ekstrakcji okazało się, że tkanka kostna jest w tych miejscach znacznie zniszczoną.

Bóle głowy ustąpiły prawie natychmiast, również i temperatura wróciła do normy i pacjent mógł opuścić zakład, będąc na ten raz zupełnie wyleczonym. Należy tu zauważyć, że nie mieliśmy objawów typowej Sepsis: brak było obrzęku śledziony, dreszczy i dodatnich wyników posiewu krwi.

Przypadek II-gi.

Przypadek ten dotyczy pacjenta, który z nieznanych przyczyn gorączkował. Zawezwany lekarz dentysta usunął jeden z podejrzanych zębów, jednak dolegliwości nie ustępowały. Wobec tego usunięto jeden z podejrzanych zębów, który był martwym i jeden ząb pod koroną, chociaż przy tych zębach badanie rentgenowskie wypadło ujemnie.

Nastąpiło raptowne polepszenie i pacjent opuścił zakład.

Przypadek III-ci.

Jest to typowy przypadek zakażenia ustnego. Dreszcze, obrzęk śledziony, posiewy dają paciorkowca hemolitycznego. Ekstrakcje zębów zainfekowanych dają wybitne polepszenie.

Przypadek IV-ty.

Specjalnie pouczającym jest ten przypadek z tego względu, że dotyczy 11-to letniego chłopca, posiadającego jeszcze uzębienie mleczne, silnie zniszczone próchnicą. Sprawę utrudniała jeszcze ta okoliczność, że i dwa stałe zęby wykazywały zgorzel miazgi. Z ciężkim sercem zmuszony byłem wszystkie te zęby usunąć, poczem nastąpiło wybitne polepszenie. Rozpoznałem wobec tego zakażenie ustne. Następnego dnia otrzymaliśmy odpowiedź, że badanie bakteriologiczne dało wynik dodatni na tyfus w/d G r u b e r - W i d a l'a. W tym wypadku zabieg dentystyczny wypadł synchronicznie z krytycznym przełomem tyfusowym.

Na II-im Międzynarodowym Kongresie w Bologni musiałem pod-

kreślić, że do „nobile oficium“ europejskiej nauki należy zbadanie ciekawych eksperymentów R o z e n o w a.

Panie Przewodniczący, Panie i Panowie!

Gdy spotkał mnie zaszczyt, że moje przemówienie zostało wysłuchane, niech mi wolno będzie też podziękować i za to, że dzięki zaproszeniu mnie na Kongres mogłem poznać waszą śliczną stolicę.

V. der Osten-Sacken, Berlin.

LES EFFETS ELOIGNES DE LA SEPTICITÉ BUCCO-DENTAIRE.

R e s u m é.

L‘auteur qui depuis des années a étudié la pathogénèse de la septicité buccodentaire non seulement pendant les recherches cliniques mais aussi expérimentales, constate avant tout que la terminologie „septicité bucco-dentaire” employée dans la littérature scientifique polonaise est juste et répond entièrement à la nature réelle. Elle est une définition juste meilleure que „oral sepsis” dont les autres langues font usage et qui malgré que les auterus de nombreux ouvrages scientifiques s’en servent, n’est pas si exacte que la dénomination polonaise. Outre cela, la définition „oral sepsis” peut mener à des confusions de conception, car, heureusement, il existe proportionnellement un petit nombre d’effets éloignés des septicités bucco-dentaires qui démontrent de vrais cas „d'oral sepsis”. Parmi beaucoup de centaines, de cas, observés par l'auteur, il y en avait que trés peu avec „l’oral sepsis”. Les suites éloignées les plus fréquentes des foyers septiques dans la civité buccale appartiennent aux maladies chroniques quelque peu indéfinies, qui par leurs symptômes n’appartiennent pas à la véritable septicité bucco-dentaire. L’influence des foyers septiques sur l’arthritisme sur les néphrites veritables des reins, les anemies secondaires, les endocardites ne présente aucun doute. Plus nombreux et plus difficile à délimiter sont les cas de caractére indéfini, comme: la fatigue, le manque d'appétit, les températures subfébriles, les symptômes nerveux particulièrement de la part de la vessie. Beaucoup de maladies interprétées comme des symptômes anaphylactiques disparaissent après l’éloignement du foyer septique. En conséquence, l‘auteur est d‘opinion que la septicité bucco-dentaire doit être considérée comme un probleme d‘immunité. Il est hors de doute cependant, qu‘un foyer septique p. ex. un granulome apical peut se trouver longtemps dans l’organisme sans provoquer des symptômes maladifs dans les autres organes. Mais s'il y en a un plus grand nombre, ils peuvent exercer une influence sur l'organisme et le sensibiliser aux noxes nombreux.

Il résulte du ci-dessus que les practiciens doivent donner une attention spéciale pendant les essais du traitement des dents gangréneuses et pendant les manipulations au fond des canaux chez des personnes d'aspect maladif et chez de telles qui ont déja souffert d'arthritisme de l'endocardite et des nephrites.

Les moyens diagnostiques les plus importants sont: l'examen du sang, l'examen radiographique, enfin „l'examen provocatif à l'aide du courant à haute tension". Ce dernier consiste en cela que nous appliquons l'électrode sur la gencive près du apex de la dent en question, ouvrons le courant pour 5 minutes et si après quelques jours nous certifions des réactions les résultats locales ou générales, nous pouvons affirmer avec assurance que la dent était malade.

V. der Osten-Sacken, Berlin.

ÜBER DIE FERNWIRKUNGEN VON INFEKTIONSHERDEN DER MUNDHÖHLE.

Zusammenfassung

Verf., welcher seit einer Reihe von Jahren die Pathogenese der Mundhöhlensepsis sowohl klinisch als auch experimentell studierte, stellt vor allem fest, dass die in die polnische wissenschaftliche Litteratur eingeführte Bezeichnung: „zakażenie ustne" sehr treffend sei und dem Wesen dar Sache vollständig entspreche. Unter vielen Hunderten von Krankheitsfällen, die Verf. die Gelegenheit zu beobachten hatte, fanden sich nur wenige wirkliche Sepsisfälle. Die Fernwirkung der Mundhöhlenherde verläuft unter dem Bilde chronischer unbestimmter Krankheitsbilder, welchen die Kennzeichen einer wirklichen Sepsis fehlen. Der Einfluss infektiöse Herde auf Gelenksreumatismus, auf wirkliche Nierenentzündung, auf sekundäre Anämien und Endocarditis unterliegt keinem Zweifel. Noch grösser und schwerer zum Abgrenzen sind die Fälle unbestimmter Beschwerden: Müdigkeit, Appetitmangel, subfebriller Temperaturen, nervöser Erscheinungen verschiedener Art, besonders seitens der Blase; viele Krankheiten die wir als anaphylaktischen Erscheinungen aufzufassen gewohnt sind, verschwinden nach Beseitigung der Infektionsherde. Diese Beobachtung lässt sich zwanglos mit der von Verf. wiederholt geäusserten Ansicht in Einklang, bringen, dass die orale Sepsis hauptsächlich als Immunitätsproblem aufzufassen sei. Zweifellos kann ein Infektionsherd, z. B. ein Wurzelspitzengranulom, längere Zeit im Organismus sich befinden und keinnerlei krankhafte Erscheinungen in andere Organen geben. Aber wenn solcher Infektionsherde sich mehrere im Organismus befinden, dann können sie im Laufe der Zeit den Organismus umstimmen und ihn gegen ver-

hältnismässig geringe Schädlichkeiten sensibilisieren, welche einem intakten Organismus nichts antun können.

Es folgt nun daraus für die Praktiker die Anzeige. Jede Wurzelbehandlungsprobe, besonders bei gangränösen Zähnen mit der grössten Vorsicht vorzunehmen und jegliche Manipulation an putriden Wurzelkanälen bei Personen die einen kränklichen Eindruck machen, oder über durchgemachte Gelenksleiden, Endocarditis oder Nephritis berichten, zu unterlassen.

Zu den wichtigsten diagnostischen Mitteln gehören: die Blutuntersuchung, die Röntgenstrahlenuntersuchung und die Provokationsbehandlung mit Hochfrequenzströmen. (M a y e r), welche in der Weise durchgeführt wird, dass die Elektrode auf das Zanfleisch in der Wurzelspitzengegend des betreffenden Zahnes gelegt wird, der Strom eingeschaltet und ca. 5 Minuten wirken gelassen, so weit es der Patient ertragen kann ohne dabei Schmerzen zu empfinden. Stellen sich nach einigen Tagen lokale oder allgemeine Reaktionserscheinungen ein, so kann mat min Sicherheit behaupten, den schuldigen Zahn gefunden zu haben.

———o———

Dr fil. lek. stom. MARCELI LIEBESKIND. Warszawa.

Kilka słów o dostawce całkowitej.

(Referat wygłoszony na III. Zjeździe Absolwentów b. P. I. D., obecnie A. S.).

Budowa dostawki całkowitej jest jednym z najczęstszych, najpospolitszych zadań naszej codziennej pracy w dziale protetycznym. Równocześnie bywa ona niemniej i przedmiotem naszych częstycn trosk oraz kłopotów. Zarówno jedno jak i drugie niechaj będzie dla mnie usprawiedliwieniem, że pozwalam sobie zająć czas i uwagę Szanownych Koleżanek i Kolegów, poświęcając tych kilka słów powyższemu przedmiotowi, a w szczególności naszym niepowodzeniom z nim związanym.

Z pojęciem dostawki całkowitej łączy się całokształt zagadnień teoretycznych i praktycznych, które zwłaszcza w ostatnich dziesiątkach lat były rozwijane, opracowywane naukowo i podejmowane wciąż pod innym kątem widzenia, a które dzisiaj znalazły mniej lub więcej ostateczne i mniej lub więcej zadowalające rozwiązanie. Wspomnę tylko badania nad podłożem twardym i miękkim oraz zmianami, jakie w nim zachodzą pod wpływem protez, zagadnienie racjonalnych metod wyciskowych, zagadnienia statyki i artykulacji, zagadnienie zmian we funkcji stawu żuchwowego, mechanizmu żucia i szereg innych, zazębiających i zahaczających się nieraz ściśle jedno o drugie. Nazwiska jak G y s i, K a n t o r o w i c z, S c h r ö d e r, V i l l a i n, F i s h, W u s t r o w, K ö h l e r, B a l t e r s, L u n d, S p r e n g i R e h m, żeby wymienić kilka najważniejszych, przedstawiają jak gdyby

w kwintesencji, w skrócie tę ewolucję, jaką przybyły do dnia dzisiejszego zagadnienia związane z pojęciem dostawki całkowitej. Nie jest bynajmniej moim zamiarem rozwinąć tu całokształt tych zagadnień; przekraczałoby to niepomiernie ramy czasu, zakreślone niniejszemu referatowi. Sprawy te są naogół dość dobrze znane z literatury i prasy zawodowej tak polskiej, jak i zagranicznej. Niektóre z tych zagadnień, jak np. problem artykulacji i konstrukcji odpowiedniego artykulatora, wyolbrzymiane zapewne przedtem, straciły już dzisiaj nieco na ostrości i znaczeniu.

Niemniej istnieje zawsze jeszcze żywe zainteresowanie dla tych zagadnień, które są oświetlane pod coraz to innym kątem i omawiane bądź w literaturze i prasie zawodowej, bądź też na zjazdach stomatologicznych. Tak np. na zjeździe wiedeńskim w ub. r. wygłosili Villain, Fish, Wustrow i Grohs bardzo ciekawe referaty z zakresu całkowitych protez, dając do pewnego stopnia syntezę związanych z nimi zagadnień.

Dzisiaj można więc uważać poglądy na te sprawy za uzgodnione do pewnego stopnia i uporządkowane. Dlatego też, biorąc pod uwagę rezultaty doświadczeń zebranych w ostatnich latach, sporządzenie całkowitej dostawki, zadowalającej tak pod względem funkcjonalnym jak i kosmetycznym i fonetyczno-funkcjonalnym nie powinno napotykać na znaczniejsze trudności. Pomimo to jednak spotykamy się tu nieraz z niepowodzeniem i właśnie jego przyczynom oraz analizie ich chciałbym poświęcić kilka słów. W szczególności chodzi mi raczej o pewne podejście do praktycznej strony tych zagadnień, takie jakie wynika z naszej codziennej pracy, o naświetlenie przedewszystkiem tych momentów, które mogą się stać punktem wyjścia dla późniejszych braków i niedomagań dostawki, a dla nas powodem trudności i niepowodzeń. W pierwszym rzędzie mam tu na myśli błędy, mogące zaistnieć w pracy klinicznej; błędów laboratoryjnych nie będę omawiał, ażeby nie rozszerzać ram tematu.

Zanim więc zajmiemy się bardziej szczegółowo tą sprawą, należałoby jeszcze pokrótce zebrać i przypomnieć, do czego zdążamy, budując całkowitą protezę, ażeby później w związku z tym łatwiej sobie uzmysłowić, jaką drogą do tych zamierzeń zdążamy, wzgl. zdążać winniśmy i, co najważniejsze, jakie po tej drodze możemy popełniać błędy.

Dostawka całkowita winna po pierwsze — jak zresztą każde uzupełnienie braków w uzębieniu — dać możliwie największy efekt funkcjonalny, a więc umożliwić w jaknajszerszym zakresie funkcję żucia i to na możliwie najdłuższy okres czasu, t. zn. bez uszkodzenia lub zmiany podłoża. Następnie winna dostawka całkowita czynić zadość wszystkim wymogom natury kosmetycznej; należy rozumieć pod tym nie tylko przywrócenie pierwotnego naturalnego wyglądu pacjenta, ale także i możliwość usunięcia, wzgl. skorygowania uprzednich nieprawidłowości i szpecących właściwości.

W szczególności bierzemy pod uwagę obniżenie żuchwy do pier-

wotnego położenia, co daje zmianę kąta żuchwy i usuwa starczy wyraz; następnie wysunięcie zapadniętych warg i policzków, uwidocznienie zębów przy mowie i śmiechu, wreszcie zharmonizowanie kształtu, barwy i ustawienia przednich zębów z wyrazem indywidualnym twarzy pacjenta, z zarysem jej owalu, z barwą jego oczu i włosów.

Poza funkcją żucia i kosmetyki spełnia dostawka jeszcze bardzo ważną rolę w zakresie f o n e t y c z n o - f u n k c j o n a l n y m i warunkuje poprawną wymowę wzgl. może stać się przyczyną różnych wad wymowy.

Pomijam tu jako drugorzędne w tej chwili sprawę t r w a ł o ś c i, w y t r z y m a ł o ś c i mechanicznej i h y g i e n y dostawki, związanych raczej z właściwościami materiału, jego obróbką oraz obchodzeniem się pacjenta z protezą, a mniej zależnych od techniki naszego postępowania klinicznego.

Wspomniany na pierwszym miejscu e f e k t f u n k c j o n a l n y, a więc w y d a j n o ś ć protezy, zależy w głównej mierze od

a) sposobu utrzymania wzgl. umocowania dostawki;
b) zachowania równowagi (stabilizacji) podczas czynności żucia;
c) ukształtowania powierzchni żujących zębów protezy.

U m o c o w a n i e protezy odgrywa rolę przede wszystkim przy r o z w i e r a n i u szczęk wzgl. szeregów zębowych, i przeciwdziała wtedy siłom odciągającym dostawkę od podłoża. Efekt jego zależy głównie od metod wyciskowych, a więc od odpowiedniego ukształtowania płyty.

Z r ó w n o w a ż e n i e (stabilizacja) dostawki uwidacznia się natomiast podczas czynności żucia, a więc przy z w i e r a n i u i ruchach szczęk. Dlatego też stoi ono w ścisłym związku z prawidłową okluzją i artykulacją, z ustawieniem zębów i sposobem stykania się ich powierzchni żujących ze sobą. Jak słusznie podkreśla B a l t e r s, dobre umocowanie dostawki nie zwiększa wprawdzie jej równowagi, natomiast dobre zrównoważenie dostawki czyni trwałym efekt dobrego umocowania. Zła stabilizacja bowiem, wynikająca z braków artykulacji, powoduje w rezultacie nierównomierne obciążenie podłoża i może wywołać w nim niepożądane zmiany, które wyrażają się — zależnie od tego, czy dane odcinki są przeciążone czy odciążone — stanem zapalnym lub przerostem wzgl. zanikiem części miękkich oraz rozrzedzeniem i zanikiem lub nawarstwieniami w utkaniu kostnym. Zmiany te prowadzą w krótkim stosunkowo czasie najczęściej do zaniku wyrostków, podważając w ten sposób cały efekt umocowania dostawki.

Z kolei należy naszkicować w grubszych zarysach główne wytyczne naszej pracy k l i n i c z n e j, mającej na celu osiągnięcie powyżej wspomnianych rezultatów. Wytyczne te, stanowiące równocześnie główne, zasadnicze etapy naszego postępowania przy pacjencie, dotyczą:

I. ukształtowania płyty i jej brzegów,
II. ustalenia wysokości zgryzu,
III. prawidłowego pod względem statycznym ustawienia zębów i ich artykulacji.

I. Ukształtowanie płyty i jej brzegów.

Pierwszy etap naszej pracy, zmierzający do właściwego ukształtowania płyty i jej brzegów, może stać się źródłem błędów, które ograniczają poważnie zdatność i wartość protezy. Od uzyskania bowiem odpowiedniego kształtu płyty, a w szczególności od maksymalnego objęcia bezzębnej szczęki, od ukształtowania brzegów i ich dobrego dolegania z uwzględnieniem części miękkich ruchomych zależy utrzymanie, wzgl. umocowanie płyty, uwarunkowane działaniem siły przylegania i ciśnienia powietrza. Dotyczy to szczególnie górnej szczęki, ponieważ dostawka dolna nie utrzymuje się zapomocą przyssania; pod maksymalnym objęciem należy rozumieć przede wszystkim włączenie do podłoża płyty guzów górnej szczęki, w dolnej zaś okolicy poniżej i poza linea mylohyoidea.

Ukształtowanie płyty, uwględniające ponadto różnice w podatności i spoistości podłoża, zwiększa nie tylko jej przyleganie, ale pozwala na równomierne obciążenie podłoża; temsamem zwiększa efekt żucia i podnosi wartość profilaktyczną protezy, bo chroni miejsca bardziej spoiste, mniej podatne przed nadmiernym urazem i wynikającymi stąd skutkami.

Płyty więc o ukształtowaniu i granicach nie odpowiadających tym warunkom dadzą rezultaty niezadowalające w postaci słabego umocowania, kołysania się, odleżyn, małej wartości funkcjonalnej oraz uszkodzeń dostawki.

Jak wiadomo, ukształtowanie płyty pozostaje w zależności od obranej przez nas metody wyciskowej. Najbardziej odpowiedni kształt płyty uzyskujemy tylko przez wycisk funkcyjny, czynnościowy. Wycisk anatomiczny gipsem, który jeszcze do dzisiaj utrzymuje się ze względów raczej oportunistycznych, należy bezwzględnie zarzucić, jako nie stojący na wysokości zadania.

Wskazania dla wycisku czynnościowego gipsem ograniczają się do t. zw. idealnej jamy ustnej, o wysokich wyrostkach i podłożu twardym, niepodatnym wzgl. równomiernie podatnym. Niektórzy z autorów, jak np. Spreng, wysuwają poważne zastrzeżenia przeciwko temu rodzajowi wycisku z uwagi na to, że gips nie pozostaje dostatecznie plastyczny i, nie dając się kształtować w sposób ciągły przez pewien dłuższy okres czasu, oddaje układ odpowiadający tylko jednej danej chwili. Materiałem oddającym najbardziej dokładnie granice ruchomej błony śluzowej i równocześnie podatne miejsca podłoża jest czarna gutaperka; najbardziej zaś celową metoda, opracowana m. in. przez Mommego i Sprenga, a zmierzająca do oddania podłoża w tych samych wa-

r u n k a c h, w j a k i c h f u n k c j o n u j e p r o t e z a, a więc przez żucie, ruchy mimiczne, mowę i śmiech. Ten w y c i s k d r o g ą ż u c i a (przez Sprenga nazwany Kauabdruck), z użyciem stensowych wałów zgryzowych ma przewagę nie tylko nad wyciskiem gipsem, ale i innymi masami plastycznymi, jak np. masą Kerra. Wycisk bowiem masą Kerra już z racji swoich założeń, dotyczących właściwości materiału i techniki postępowania, nie może nigdy dać zupełnie pewnych i dobrych rezultatów. Masa Kerra pozostaje plastyczną przez bardzo krótki czas; branie wycisku nierównocześnie, a odcinkami pokolei nie gwarantuje bynajmniej otrzymania dobrej całości; ew. zastosowanie ucisku ręką nie daje odciśnięcia miejsc podatnych w tym kierunku i w ten sposób, jak to czynią szczęki podczas funkcji. Dlatego korzystniej jest wybrać odrazu metodę pewniejszą i dokładniejszą, jak wycisk gutaperką, aniżeli wracać do niej wtórnie, celem dokonania poprawek w rodzaju częściowego lub całkowitego podścielenia. Z tych samych przesłanek wychodzi znana powszechnie metoda p o d ś c i e l a n i a czarną gutaperką, opracowana przez R e h m a, pozwalająca korygować niedokładności bądź w obrębie samych brzegów tylko, bądź całej płyty. Zastosowanie tej metody pozwala również przerabiać i uczynić z powrotem zdatnymi protezy, które utraciły przyssanie, wzgl. dobre przyleganie, ale zachowały jeszcze dobrą okluzję i artykulację.

Jak podaje R e h m, możliwe jest podścielanie gutaperką także i protez neohekolitowych, podobnie jak i zamiana kauczuku na neohekolit drogą podścielania, przyczem postępowanie laboratoryjne ma być nawet łatwiejsze aniżeli przy kauczuku.

Jeszcze inną modyfikację tej metody przedstawia postępowanie podane przez T r e b i t s c h a, polegające na podścieleniu gutaperką protez, wykonanych na podstawie wycisków anatomicznych gipsem.

V a l b u e n a kładzie nacisk przy wycisku czynnościowym na wydęcie policzków przez pacjenta przy ustach zamkniętych w czasie zwarcia wałów zgryzowych. Jako materiał wyciskowy służyć może bądź gips, bądź masa plastyczna (wzgl. pasta w rodzaju „Pastoplastu"). W wyniku zastosowania tej metody uzyskuje się obniżenie brzegu wargowo-policzkowego (odpowiadające fałdzie przedsionkowej) oraz większe jego zaokrąglenie, odpowiadające maksymalnemu odchyleniu mięśni policzka i warg (rys. 1). Jeżeli chodzi o d o l n ą szczękę, to stosowanie tej metody napotyka tu na pewne trudności. Obecność wałów zgryzowych bowiem stoi na przeszkodzie wysunięciu języka, które znowu jest tu pożądane, ponieważ warunkuje otrzymanie dokładnego wycisku od strony językowej, zwłaszcza w okolicy trzonowców. V a l b u e n a omija tę trudność w ten sposób, że wycina środkową część obydwóch wałów zgryzowych na przestrzeni między pierwszymi przedtrzonowcami jednej i drugiej strony (rys. 2). Powstaje więc otwór, poprzez który pacjent może wysunąć język po zwarciu wałów zgryzowych w centralnej okluzji, a co pozwala z kolei na nadęcie policzków przy ustach zamkniętych (rys. 3). Przy

zachowanym górnym szeregu zębów można zastosować tę metodę tylko w wypadku, gdy wał zgryzowy jest dostatecznie wysoki, ażeby stworzyć potrzebną przestrzeń dla wysunięcia języka.

Podścielenie górnych dostawek całkowitych nastręcza więcej trudności aniżeli dolnych. Dlatego zazwyczaj ograniczamy się do uszczelnienia brzegów zapomocą tej metody.

Próby zastąpienia gutaperki innymi materiałami, które (jak np. kauczuk modelarski „Platex") mogą być odrazu wulkanizowane, nie dały wszędzie zupełnie zadowalających rezultatów, co się tyczy dokładności wycisku. Większe zalety posiadają materiały o charakterze past (jak np. „Pastoplast"), które powstają przez zmieszanie proszku z płynem i twardną po 2 - 3 minutach. Oddają one b. dokładnie szczegóły podłoża z wyrazistością zbliżoną do gipsu, odznaczają się jednak większą twardością i wytrzymałością; ponadto przylegają dobrze nawet w bardzo cienkiej warstwie do łyżki, nie ulegając odkruszeniu lub oderwaniu.

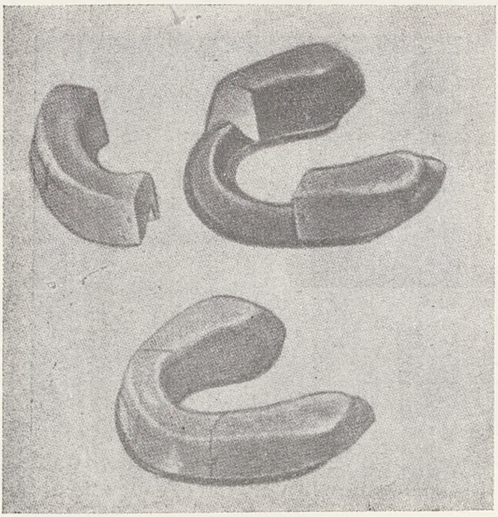


Rys. 1. Wycisk czynnościowy wg. Valbueny (dla górnej szczęki).

Stosując powyższe metody wyciskowe, zmierzamy w pierwszym rzędzie do uszczelnienia brzegów górnej dostawki, które winny działać jak *wentyl*; to znaczy przy nacisku na płytę powinny dać ujść powietrzu z pod niej, ale nie pozwolić mu wejść spowrotem. O ile uzyskanie szczelności brzegów w obrębie przedsionka jest stosunkowo dość łatwe, to dobre uszczelnienie brzegu *przygardzielowego* natrafia już na pewne trudności, związane z jego umiejscowieniem, przebiegiem i odpowiednim kształtem. Dobre zaś uszczelnienie na tym odcinku decyduje o utrzymaniu i przyssaniu protezy, bo pomimo nawet najstaranniej ukształtowanych brzegów przedsionkowych proteza będzie odrywana od podłoża przy najmniejszym obciążeniu w obrębie siekaczy, jeżeli nie uszczelnimy dobrze tego właśnie brzegu przygardzielowego. Warunkiem należytego funkcjonowania uszczelnienia na tym odcinku jest racjonalne umiejscowienie brzegu, który winien przebiegać na granicy twardego i miękkiego podniebienia, ale już w obrębie *podatnej* podściółki. Granica ta uwidacznia się

przy wymawianiu dźwięku „ah", a jeszcze lepiej przy spółgłosce „k" i stąd nazwa linii „Ah" (wzgl. „Kah", jak proponuje Brehm). Ustalenie jej jest możliwe zapomocą dotyku i dlatego mało dokładne. Natomiast zupełnie precyzyjnie i w łatwy a prosty sposób możemy ją przenieść mechanicznie wprost na wycisk, stosując t. zw. efekt wydmuchiwania nosem, podany przez Hauptmeyera (rys. 4).

Funkcjonalne ukształtowanie brzegu przygardzielowego nie zawsze jednak wystarcza do dobrego uszczelnienia jego (rys. 5). Dlatego niektórzy z autorów posuwają się jeszcze dalej i postulują ukształtowanie tego brzegu w formie bądź wąskiego występu (jak zaleca Schroeder), bądź w formie płasko uwypuklonego



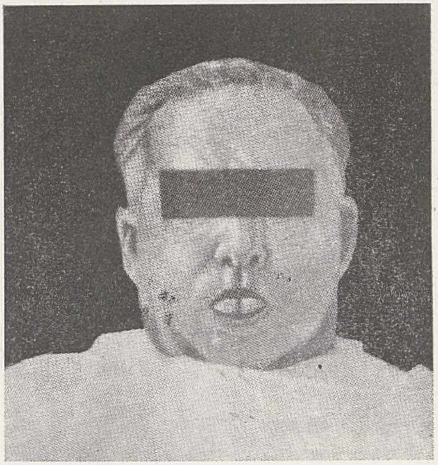
Rys. 2. Łyżka szellakowa z wyciętym wałem zgryzowym w części środkowej (według Valbueny).

wałeczka, (który proponuje Scheidt, nazywając go „brzegiem aktywującym"). Wyniosłości te wciskają się podczas funkcji w podatną podściółkę, dając dodatkowe uszczelnienie, zaś w stanie spoczynku są odciągane przez elastyczną tkankę łączną, przez co powstaje między podłożem a płytą przestrzeń o rozrzedzonym powietrzu, spełniająca rolę bardzo pożądanej tutaj komory przysysającej. Z punktu widzenia profilaktyki podłoża należałoby oddać pierwszeństwo łagodnie uwypuklonemu wałeczkowi Scheidta nad zbyt ostro zaznaczającą się listewką Schroederowską. Ponadto, podczas gdy listewkę tę tworzymy dowolnie, wyżłabiając instrumentem rowek na modelu, wałeczek Scheidta otrzymuje swoje ukształtowanie automatycznie drogą dodatkowego

wycisku zapomocą masy plastycznej (w danym wypadku czarnym woskiem) (rys. 6).

Osobnego omówienia wymaga ukształtowanie górnych płyt metalowych tłoczonych. Tutaj nie jest wskazanym objęcie płytą całej podstawy ze względu na mogące powstać trudności w tłoczeniu, jeżeli istnieje kilka miejsc podchodzących i możliwość kaleczenia dziąsła przy wkładaniu protezy. Rehm zaleca doprowadzenie płyty mniejwięcej do połowy wysokości wyrostków, ażeby umożliwić odtworzenie brzegów zapomocą uzupełniającego wycisku gutaperką.

Uszczelnienie i pogrubienie brzegu przygardzielowego płyty metalowej może być uskutecznione zapomocą kauczuku lub materiału podobnego do materiału płyty, wzgl. zapomocą jego samego. W pierw-



Rys. 3. Wycisk czynnościowy wg Valbueny (dla dolnej szczęki); wargi obejmują język, policzki nadęte.

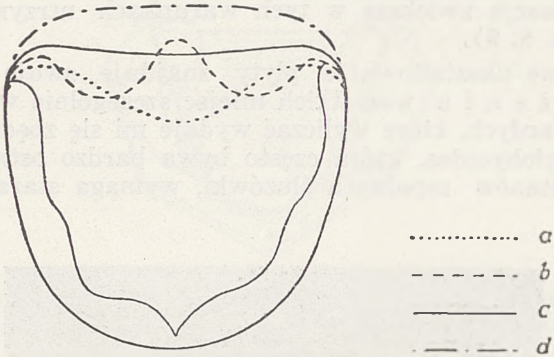
szym wypadku celem stworzenia retencji dla kauczuku perforujemy przygardzielowy brzeg płyty lub wygniatamy wzdłuż niego szereg listewek, albo też zaopatrujemy go w siateczkę. Ukształtowanie nacięć (np. w postaci t. zw. jaskółczych ogonów) jest niewłaściwe, bo prowadzi do złamania wskutek łatwiejszego zmęczenia materiału.

Wałeczek kauczukowy zostaje uformowany drogą podścielenia gutaperką.

Z dalszych sposobów uszczelnienia tego brzegu należy wymienić
a) nałożenie półokrągłego drutu Wipla (grubości 1,2 — 1,5 mm.) drogą spawania.
b) odlew spawany następnie z płytą;
c) wytłoczenie rynienki w płycie, która sama sięga jeszcze poza rynienkę (rys. 7).

Hauptmeyer poleca zaobrębienie przygardzielowego brzegu drogą jego wywrócenia, przegięcia i złączenia drogą spawania.

Należałoby jeszcze poruszyć tutaj sprawę racjonalnego ukształ-



Rys. 4. Schemat najczęściej stosowanych ukształtowań brzegu przygardzielowego.

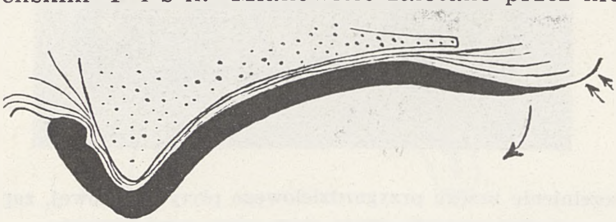
a) wykrój wklęsły — niewłaściwy,

b) wycięcie „deltowate",

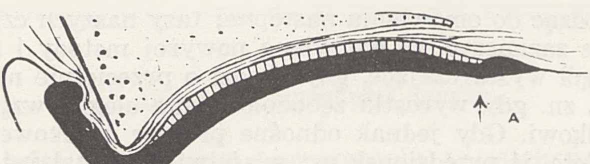
c) ukształtowanie zap. efektu Hauptmeyera,

d) „ wg. linii „Ah".

towania dolnej dostawki, którego zasady sformułował na zjeździe wiedeńskim Fish. Mianowicie zalecane przez niego rozsze-



Rys. 5. Ukształtowanie brzegu przygardzielowego bez dodatkowego uszczelnienia.

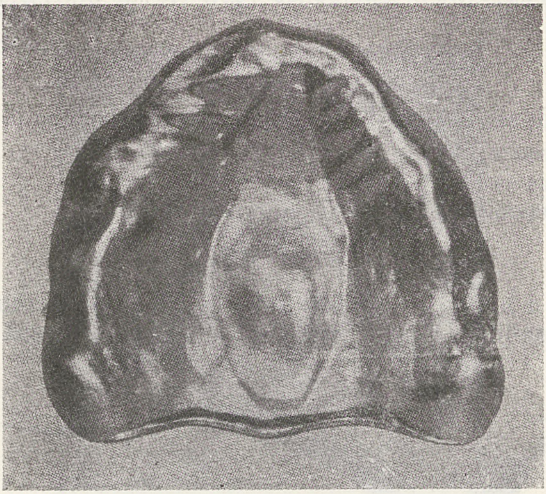


Rys. 6. Brzeg przygardzielowy „aktywujący"; uszczelnienie wentylowe w postaci płaskiego wałeczka (wg. Scheidta).

rzenie podstawy protezy w obrębie zębów trzonowych, a zwężenie przy przedtrzonowcach i kłach od strony policzkowej, zaś od strony językowej rozszerzenie w okolicy zagłębienia pozatrzonowego

i w obrębie przedtrzonowców zapewniają dostawce lepsze umocowanie. Wklęsłe modelowanie powierzchni policzkowej jak i językowej, pozwala wyzyskać działanie muskulatury policzków oraz języka, którego koordynacja zwiększa w tych warunkach utrzymanie dolnej protezy (rys. 8, 9).

Ostateczne ukształtowanie płyty znajduje swoje dopełnienie w odciążeniu wszystkich miejsc szczególnie wrażliwych na ucisk lub twardych, które wyliczać wydaje mi się zbędnym; zwłaszcza linea mylohyoidea, która często bywa bardzo ostra i staje się przyczyną stanów zapalnych śluzówki, wymaga starannego odciążenia.

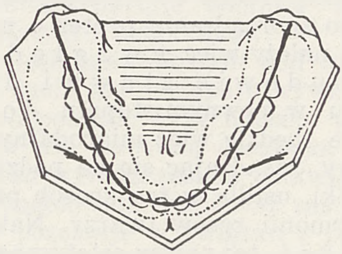


Rys. 7. Uszczelnienie brzegu przygardzielowego płyty metalowej, zap. wytłoczonej w niej rynienki. Płyta sięga nieco poza rynienkę.

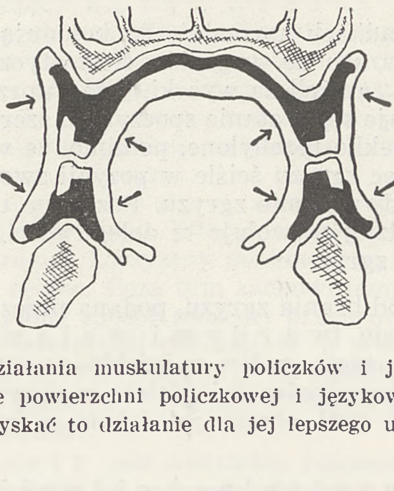
Przechodząc do omówienia następnej fazy naszych czynności, należy jeszcze zaznaczyć, że omówione powyżej metody i zabezpieczenia są naogół wystarczające, gdy chodzi o przeciętnie normalny typ bezzębia, t. zn. gdy wyrostki zębodołowe nie uległy, względnie mało uległy zanikowi. Gdy jednak odnośne procesy zanikowe są tak daleko posunięte, iż przedsionek ust właściwie przestał już istnieć, koniecznym jest zastosowanie uprzednio w mniejszym lub większym stopniu zabiegów chirurgicznych, których celem jest sztucznie stworzyć utracone warunki anatomiczne, a temsamem umożliwić budowę protez.

Z drugiej strony spotykamy — jakkolwiek niestety dość rzadko— typ bezzębia o tak korzystnym ukształtowaniu wyrostków, a zwłaszcza guzów szczęki górnej, że możliwym jest tu zastosowanie z peł-

nym powodzeniem t. zw. dostawki bezpodniebiennej, t. j. w rzeczywistości o wydatnie zredukowanej płycie podniebiennej.



Rys. 8. Ukształtowanie brzegów dolnej dostawki wg. Fisha.
Strona policzkowa: rozszerzenie w obrębie trzonowców, zwężenie przy przedtrzonowcach i kłach.
Strona językowa: rozszerzenie w okolicy zagłębienia pozatrzonowego i w obrębie przedtrzonowców.



Rys. 9. Schemat działania muskulatury policzków i języka na dostawki. Wklęsłe modelowanie powierzchni policzkowej i językowej dolnej dostawki pozwala wyzyskać to działanie dla jej lepszego umocowania.

II. Ustalenie wysokości zgryzu.

Drugi z kolei etap naszego postępowania, to ustalenie wysokości zgryzu, które może stać się znowu źródłem poważnych błędów. Najczęściej popełniany błąd tkwi w niedostatecznym uwzględnieniu faktu, iż u pacjentów bezzębnych, którzy przez szereg lat nie nosili wogóle protez, lub też nosili protezy, ale o zgryzie obniżonym, zbyt głębokim, funkcja stawu żuchwowego uległa zmianie i warunki w stawie uległy przystosowaniu do tej zmienionej funkcji. Jeżeli teraz ustalimy zgryz za wysoki, to pacjenci ci albo nie mogą

wcale się do niego przyzwyczaić, albo przyzwyczajenie następuje z trudem i powoli. Ponadto występują przy tym często różne przykre objawy subjektywne, jak bóle w stawie żuchwowym, szum w uszach i jeszcze inne, trudne do sprecyzowania dolegliwości, które znikają dopiero po sporządzeniu protez o nieco niższym zgryzie. W takich wypadkach należy więc uwzględnić te zmiany we funkcji i budowie stawu i dostosować wysokość zgryzu w pewnym stopniu do istniejącego już stanu. Nie będzie więc miarodajnym tutaj kosmetyczny punkt widzenia, który, zasadzając się na podziale profilu na pewne proporcjonalne odcinki, ustala w ten sposób pewne normy estetyczne, stanowiące o harmonii rysów twarzy. Natomiast ustalamy wysokość zgryzu poniżej tej normy estetycznej, starając się uchwycić i przenieść na nową protezę istniejące już warunki. Zadanie to mogą nam ułatwić poprzednie protezy pacjenta, chociażby w danej chwili nie były już dobre. Poza tym w takich „zastarzałych" wypadkach zmienionej funkcji stawu można także wyczuć dotykiem, że główki stawowe wykonują przy powolnym otwieraniu żuchwy czysty ruch obrotowy do pewnej, przekraczającej normę, wysokości zgryzu.

Także i w wypadkach normalnie funkcjonującego stawu jest korzystnym i wskazanym ze względów kosmetycznych ustalać zgryz raczej niższy, aniżeli za wysoki, jeżeli uprzytomnimy sobie, że gdy żuchwa znajduje się w stanie spoczynku, szeregi zębów nie są zwarte, lecz lekko rozchylone, pomimo, że wargi stykają się ze sobą. Ustalenie więc zgryzu ściśle w pozycji swobodnie zemkniętych warg musi dać podwyższenie zgryzu. Poza tym ustalenie zgryzu nawet za niskie rzadziej wywołuje te dolegliwości, których przyczyną bywa zbyt wysoki zgryz.

Z różnych metod brania zgryzu, podana przez Baltersa metoda, posługująca się twardymi wałami, daje pewniejsze rezultaty, aniżeli użycie wałów z miękkiego wosku. Zbyt wysokie wały w obrębie trzonowców dają fałsze w zgryzie w postaci wysunięcia żuchwy oraz ewtl. obrotu jej dokoła podwyższonych punktów wału.

Dla ustalenia centralnej okluzji wystarcza naogół, jeżeli każemy pacjentowi kilkakrotnie powoli zamykać usta przy zluźnionym napięciu mięśni i odprowadzamy żuchwę prawą ręką bez żadnego nacisku. Nie należy jednak nigdy polecać pacjentowi nagryzać, ponieważ zazwyczaj łączy on fałszywie pojęcie nagryzania z odgryzaniem i w tym celu wysuwa żuchwę naprzód, co oczywiście fałszuje zgryz. W trudniejszych wypadkach wskazanym jest użycie specjalnej aparatury, jak np. Gysie'go, która pozwoli na przeprowadzenie dokładnej rejestracji centralnej okluzji.

III. Ustawienie zębów.

Trzecim ważnym czynnikiem w konstrukcji protezy jest ustawienie zębów; dobre rezultaty na tym odcinku zależą od należytego uwzględnienia praw statyki i artykulacji.

Ustawienie zębów jest prawidłowym pod względem statycznym, jeżeli podczas funkcji żucia nie następuje wyważanie i jednostronne odrywanie dostawki od podłoża. Przy nacisku pionowym na zewnętrzne krawędzie zębów nie powinna dostawka uledz wyważeniu, wzgl. przechyleniu. Stąd wynika zasada ustawiania zębów możliwie ściśle na wyrostku zębodołowym. Ponieważ zaś położenie i stosunek wzajemny wyrostków pozostaje w związku z poprzednim rodzajem zgryzu, wynika stąd dalsze wskazanie uwzględnienia do pewnych granic poprzedniego zgryzu, który stosujemy w formie złagodzonej, zwłaszcza jeżeli chodzi o wypadki skrajne, niekorzystne pod względem funkcjonalnym jak i kosmetycznym.

Kwestja więc ustalenia właściwego rodzaju zgryzu dla danego bezzębia i ewentualna jego korektura posiada duże znaczenie dla statycznie zadowalającej konstrukcji dostawki.

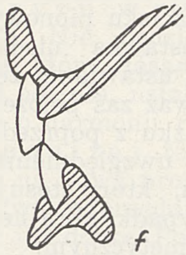
Poprzednio istniejący zgryz prosty rozpoznajemy po szeroko ukształtowanych wyrostkach, leżących naprzeciw siebie. Ponieważ jednak zastosowanie zgryzu prostego w czystej postaci prowadziłoby do zupełnie płaskiego, a więc niekorzystnego ukształtowania powierzchni żującej trzonowców, wskazanym jest ustawić w tym wypadku zęby przednie nieznacznie zachodzące jedne na drugie, (t. j. w t. zw. zgryzie mezognatycznym).

W wypadku prognatyzmu szczękowego wskazanym jest ustalenie zgryzu możliwie nisko. Wtedy żuchwa pozornie się wydłuża i uzyskujemy bardziej korzystny stosunek wyrostków do siebie w obrębie przednich zębów. Poza tym zachowujemy poprzedni zgryz prognatyczny. W podobny sposób możemy przeprowadzić w pewnych granicach korekturę istniejącej poprzednio progenii (wzgl. prodoncji). Ustalenie zgryzu następuje tu możliwie wysoko, żuchwa ulega pozornemu skróceniu; poprzedni rodzaj zgryzu zostaje jednak poza tym zachowany.

Zgryz otwarty jest nietrudno rozpoznać, ponieważ wyrostki w odcinku przednim są znacznie oddalone, w odcinkach bocznych zaś stykają się ze sobą w tyle. Budując protezę, musimy więc uwzględnić istniejące warunki i nawet zastosować czasem zgryz otwarty, jakkolwiek w złagodzonej formie. Ustawienie bocznych zębów zależy od wolnego miejsca.

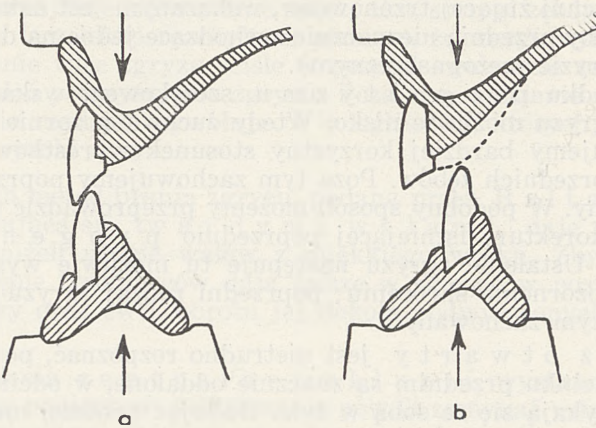
Daleko posunięta resorbcja wyrostków zębodołowych zmienia znacznie warunki dla ustawienia zębów. Proces resorbcji jest uwarunkowany odmiennym rozmieszczeniem istoty gąbczastej i zbitej kości w każdej ze szczęk i prowadzi pod wpływem działania muskulatury warg i policzków do zwiększenia się łuku dolnego oraz do zmniejszenia się łuku górnego, czemu sprzyja także zwężający się

ku górze kształt trzonu szczęki górnej. Wynikająca stąd dysproporcja między wyrostkami, zmusza do ustawienia zębów w t. zw. zgryzie krzyżowym, ażeby uczynić zadość wymogom statyki. O ile ustawienie takie zębów nie natrafia na trudności w obrębie zębów bocznych, to w odcinku przednim nie jest zawsze możliwym. Dostawka bowiem służy nie tylko celom funkcjonalnym, ale również



Rys. 10. Ustawienie zębów przednich przy tyłozgryzie; kontakt między zębami niewskazany (na lewo), na prawo ustawienie prawidłowe.

ma za zadanie przywrócić pierwotny wygląd i układ rysów twarzy oraz stworzyć warunki dla normalnej wymowy. Ustawienie zębów przednich ściśle na wyrostku przy górnym łuku wydatnie zmniejszonym nie zawsze odpowiada tym celom i dlatego zachodzi często konieczność ustawienia ich przed wyrostkiem.

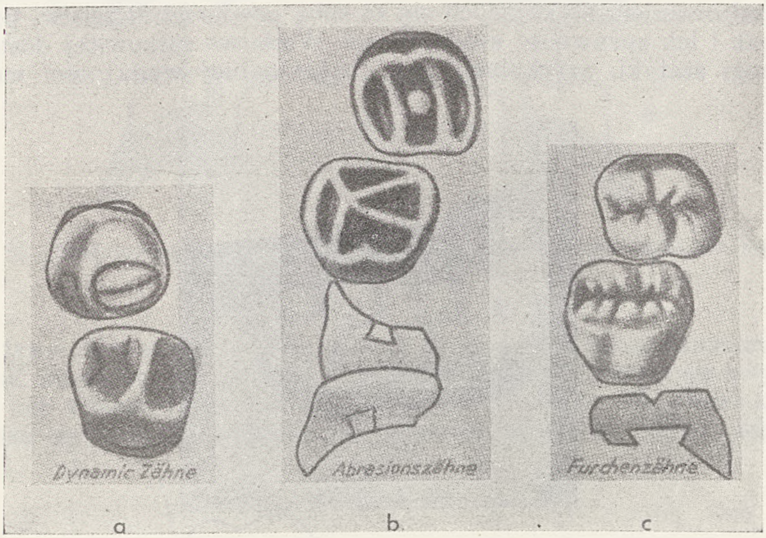


Rys. 11. Stworzenie kontaktu między zębami przednimi przy tyłozgryzie przez odp. pogrubienie płyty kauczukowej z tyłu za górnymi zębami.

W tym wypadku należy zwrócić tym większą uwagę na dobre uszczelnienie brzegu przygardzielowego, ażeby przez lepsze umocowanie dostawki skompensować jej obniżoną stabilizację.

Dolna dostawka wymaga bezwzględnie prawidłowego statycznie ustawienia przednich zębów, nawet gdyby to miało pociągać za sobą w wypadkach retrogenii wyłączenie kontaktu z górnymi zębami. (rys. 10, 11).

Ustawienie zębów w łuku zmniejszonym powoduje ponadto pewne ograniczenie przestrzeni dla języka, co może niekiedy poważnie utrudniać pacjentowi noszenie i przyzwyczajenie się do protezy. Dlatego należy w tych wypadkach ustawiać zęby w łuku możliwie jaknajszerszym, jednak pod względem statycznym jeszcze prawidłowym.



Rys. 12.

a) zęby Dynamic podane przez Schrödera,

b) zęby podane przez Hiltebrandta,

c) zęby podane przez Baltersa.

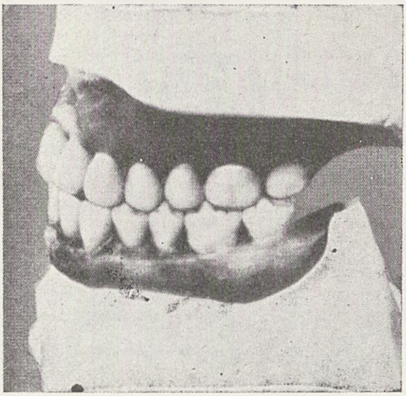
Stworzenie trzypunktowego kontaktu w myśl postulatu B o n v i l l a n i e j e s t wystarczającym warunkiem dobrej a r t y k u l a c j i. Natomiast jest bardzo pożądanym, by przy wszelkich ruchach żuchwy możliwie jaknajwięcej zębów pozostawało ze sobą w zetknięciu swymi płaszczyznami żującymi.

W związku z tym wskazane jest nieznaczne tylko zachodzenie siekaczy na siebie; wysokość zaś guzków zębów bocznych powinna być dostosowaną do przekroju wyrostka w tym sensie, że spłaszczony wyrostek wymaga zębów o płaskich guzkach, ażeby osłabić działanie sił poziomych, wywiązywanych przy ruchach bocznych. Zęby naturalne, zachowane w jednej ze szczęk, stwarzają nieraz trudności

w ustawieniu zębów. Jeżeli przednie zęby naturalne zmuszają do ustawienia dolnych w głębokim zgryzie, należy to zachodzenie zębów wyrównać stromymi guzkami zębów bocznych, wzgl. podniesieniem płaszczyzny kompensacyjnej. Jeżeli to w danych warunkach nie jest możliwem, należy zęby sztuczne niżej ustawić, a naturalne odpowiednio skrócić, ażeby nie przeszkadzały w ruchach żuchwy.

Czasem boczne zęby naturalne, wystając zanadto, utrudniają artykulację i odrywają protezę. Aby uzyskać równomiernie łagodny przebieg krzywej okluzyjnej, należy je odpowiednio spiłować, ewentualnie zdewitalizować, a czasem nawet usunąć.

Poprawna artykulacja jest uwarunkowana w znacznej mierze ukształtowaniem stykających się ze sobą powierzchni zębów, podobnie jak i ich sprawność mechaniczna. Właściwe całkowitej dostawce wymogi statyki, artykulacji oraz maksymalnej wydajności mecha-



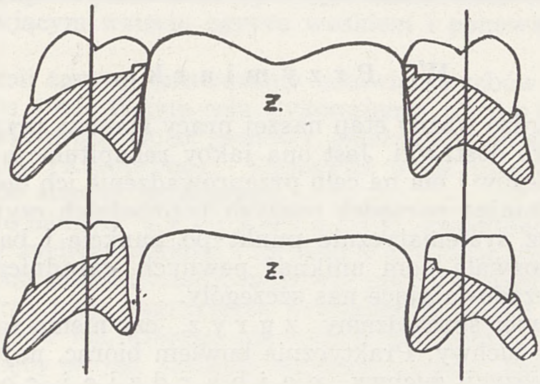
Rys. 13. Dostawki z zębami Dynamic w nagryzieniu bocznym; odp. kształt tych zębów ułatwia poprawną artykulację.

nicznej, skłaniają do stosowania form celowych, przemyślanych, których przykładem są typy, podane przez Gysi'ego, Schrödera, Baltersa i Hiltebrandta. Za chybione należy uważać użycie typów czysto anatomicznych, o wysokich guzkach i szerokich powierzchniach żujących, jak również zębów płasko zeszlifowanych, które nie pozwalając rozdrabniać pokarmów, odczuwane są jako tępe i zmniejszają efekt funkcjonalny protezy.

Według doświadczeń Reichenbacha daje typ Anatoform najsłabsze rezultaty. Odpowiada on stadium nieznacznego jeszcze starcia i dlatego zastosowanie jego jest możliwe tylko przy dość stromym jeszcze przebiegu płaszczyzny stawowej i głębokim zgryzie, jeżeli wyrostki są dobrze ukształtowane. Płaskie wyrostki w odcinkach bocznych jak również wyrostki szerokie przy szczęce zwężonej są według Reichenbacha wskazaniem do stosowa-

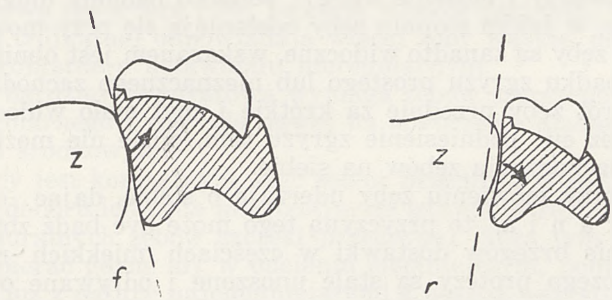
nia zębów D y n a m i c Schrödera, o charakterystycznych kształtach guzków kopulastych w górnej szczęce i odpowiadających im wklęsłych zagłębień w zębach dolnej szczęki, a które naśladują stadjum już znaczniejszego starcia zębów (rys. 12a, 13).

Również R e h m podobnie jak i S c h m i t z zalecają zęby



Rys. 14. Zastosowanie węższych zębów stwarza większą przestrzeń dla języka bez uchybienia wymogom statyki.

tego typu jako szczególnie nadające się do ustawiania prawidłowego pod względem statycznym i dające w efekcie poprawną artykulację bez większej obróbki i szlifowania. Ponadto ich stosunkowo większa wydajność mechaniczna pozwala stosować zęby węższe



Rys. 15. Działanie wyważające języka (na lewo) naskutek użycia szerokich zębów; działanie umocowujące języka (na prawo) dzięki węższym zębom i wklęsłemu ukształtowaniu powierzchni dojęzykowej.

w wymiarze policzkowo-językowym, które zostawiają więcej przestrzeni dla języka, co jest bardzo pożądane zwłaszcza przy zgryzie krzyżowym (rys. 14), a także eliminuje moment wyważania dostawki przez język (rys. 15).

Zęby, podane przez B a l t e r s a, o zupełnie płaskich powie-

rzchniach żujących, przeciętych poprzecznymi bróździkami (rys. 12c), zbliżają się już do typu daleko posuniętego starcia i są wskazane przy starczym zgryzie prostym. Podobny typ przedstawiają zęby podane przez Hiltebrandta (rys. 12b), które Reichenbach stosuje w wypadkach zgryzu krzyżowego przy płaskich wyrostkach i spłaszczonej powierzchni stawowej, oraz nieznacznym zachodzeniu zębów na siebie.

IV. Przymiarka.

Ostatni, bardzo ważny etap naszej pracy stanowi przymiarka modelu woskowego dostawki. Jest ona jakby rekapitulacją naszych poprzednich zabiegów i ma na celu przeprowadzenie ich dokładnej kontroli. Uwzględniając porządek naszych poprzednich czynności, przechodzimy teraz systematycznie punkt po punkcie i badamy każdy szczegół; to pozwala nam uniknąć pewnych zasadniczych błędów i poprawić niezadowalające nas szczegóły.

Najpierw więc sprawdzamy zgryz, czy niema fałszu z powodu wysunięcia żuchwy. Praktycznie bowiem biorąc, najwłaściwszym jest zgryz w pozycji żuchwy najbardziej cofniętej. Pacjent nie powinien wtedy zamykać szczęk bez naszego prowadzenia i kontroli ręką; często bowiem żuchwa skutkiem zazębiania się i ześlizgiwania się guzków zajmuje niewłaściwe położenie, ustalone fałszywie już przy pierwszym braniu zgryzu. Po ewentualnym skorygowaniu pozycji żuchwy zbyt wysuniętej ku przodowi sprawdzamy wysokość zgryzu, biorąc pod uwagę warunki i funkcję stawu żuchwowego oraz względy kosmetyczne (t. j. proporcje odcinków twarzy i ułożenie warg); ponadto badamy długość zębów, obserwując, w jakim stopniu zęby odsłaniają się przy mowie i śmiechu. Jeżeli zęby są zanadto widoczne, wskazanem jest obniżenie zgryzu (w wypadku zgryzu prostego lub nieznacznego zachodzenia).

Naodwrót zęby przednie za krótkie i zbyt mało widoczne odsłaniamy przez ew. podniesienie zgryzu tam, gdzie nie można zmienić stosunku zachodzenia zębów na siebie.

Jeżeli przy mówieniu zęby uderzają o siebie, dając odgłos szczękania, to przyczyną tego może być bądź zbyt wysokie umieszczenie brzegów dostawki w częściach miękkich ruchomych, skutkiem czego protezy są stale unoszone i odrywane od podłoża; bądź też przyczyną jest zbyt wysoko ustalony zgryz, co nie pozwala na dostateczne rozwarcie szeregów zębowych; protezy zaś łatwiej ulegają zluźnieniu i oderwaniu od podłoża naskutek napięcia muskulatury, wywołanego zbyt wysokim zgryzem. Braki te usuwamy albo przez obniżenie zgryzu, lub też przez obniżenie brzegów dostawki, wzgl. przez jedno i drugie.

Następnie przeprowadzamy podaną przez Gysiego próbę zapomocą łopatki (Spatelprobe), którą staramy się wcisnąć między boczne zęby celem sprawdzenia, czy przy zamkniętych szeregach zębowych, a więc w okluzji także i płyta dostawki wszędzie do-

brze dolega do podłoża. W wypadkach wątpliwych wskazana jest jeszcze próba rwania papieru (Reissprobe), który przeciągamy między bocznymi zębami w okluzji, sprawdzając w ten sposób, czy jest dostateczny kontakt między zębami.

W wypadku fałszów w zgryzie lub błędów okluzji należy bezwarunkowo przeprowadzić korektę nie w ustach lecz w artykulatorze po uzupełniającym wzięciu zgryzu woskiem i ponownym wgipsowaniu modeli.

Po kontroli zgryzu sprawdzamy ustawienie zębów pod względem statycznym. W tym celu wykonujemy próbę wyważania dostawki przez nacisk pionowy, skierowany na zewnętrzne krawędzie zębów. (Kippprobe). Dostawka o źle ustawionych zębach uniesie się po stronie przeciwnej.

Następnie badamy artykulację, każąc pacjentowi wykonywać ruchy żuchwą naprzód i na boki w obydwie strony; pożądany jest tu kontakt płaszczyznami możliwie jaknajwiększej ilości zębów.

Jeżeli teraz przy nagryzieniu przednim powstaje z tyłu między szeregami zębów luz, którego nie było w artykulatorze, wskazanym jest boczne zęby wyjąć, zastąpić woskiem i ewent. zarejestrować indywidualne ruchy boczne i ku przodowi przy prowadzeniu zębów przednich (jeżeli posługujemy się artykulatorem dla wartości indywidualnych).

Wkońcu następuje kontrola strony kosmetycznej oraz fonetyczno-funkcjonalnej dostawki. Ustalone uprzednio na wałach dane, dotyczące płaszczyzny zgryzu, linii środkowej, linii kłów i linii śmiechu, wyznaczają wielkość zębów w odcinku przednim; kształt oraz ustawienie winny harmonizować z zarysem owalu twarzy, barwa zaś z cerą i ew. kolorem włosów pacjenta. Twarzy pociągłej lub trójkątnej odpowiadają więcej zęby wąskie, długie, wzgl. bardziej trójkątne o ustawieniu nieregularnym.

Twarz bardziej kwadratowa wymaga zębów szerszych oraz ustawienia regularnego i pozwala nawet na stworzenie diastemy między siekaczami środkowymi.

Niekiedy jest korzystnym użyć zębów przednich w różnych odcieniach; dla doboru ich będą miarodajnymi istniejące różnice w zabarwieniu naturalnych zębów szczęki przeciwnej. Poza tym jest wskazanym dobierać górne kły w odcieniu ciemniejszym, ponieważ te są zazwyczaj już z natury najciemniejszymi z pośród wszystkich zębów.

Uwzględnienie tych szczegółów jest o tyle ważne, że podnosi niezmiernie efekt kosmetyczny dostawki i pozwala niekiedy do złudzenia naśladować naturalne uzębienie.

Badając ewentualne błędy wymowy, zwracamy głównie uwagę, czy nie zachodzi wada, polegająca na t. zw. seplenieniu (sigmatismus). Przyczyną jego może być ustawienie przednich zębów zanadto w stronę języka, (albo zbyt gruba warstwa wosku od strony językowej), rzadziej za niski zgryz w połączeniu z za wąskim łukiem zębowym.

W zakończeniu chciałbym jeszcze poruszyć niektóre z tych niedomagań, które mogą wystąpić już po wykończeniu i oddaniu protezy. Poza miejscami uciśniętymi lub nawet odleżynami, które mogą powstać naskutek niedostatecznego lub braku odciążenia wspomnianych już okolic szczególnie wrażliwych, mogą się pojawić dolegliwości, związane z obecnością pozostawionych korzeni lub zatrzymanych zębów. Te stają się pod wpływem nacisku protezy punktem wyjścia dla powolnego, ale stałego procesu resorbcji kości i zwolna zbliżają się do powierzchni śluzówki, dając objawy ucisku. W tych wypadkach koniecznym jest usunięcie takich zębów wzgl. korzeni; naturalnie lepiej jest uczynić to jeszcze przed sporządzeniem protezy. Po zagojeniu się rany przerabiamy protezę drogą częściowego lub całkowitego podścielenia.

W końcu należy wspomnieć o odruchach wymiotnych, wywoływanych przez górną protezę. Przyczyną ich może być niedostateczne uszczelnienie brzegu przygardzielowego, a także nadmierne ścienienie lub nadmierna grubość płyty w tym odcinku, wreszcie błędy w okluzji i artykulacji, powodujące poruszenia i przesunięcia dostawki.

Uwagi powyżej naszkicowane zgrubsza i dość pobieżnie, nie dają rzecz prosta wyczerpującego ujęcia przedmiotu i niewątpliwie nie przyniosły Szan. Kol i Kol. rzeczy ani nowych, ani nieznanych. Celem ich było tylko zebranie i uporządkowanie materiału w pewnego rodzaju zwięzłą dyspozycję, którą należałoby jeszcze koniecznie uzupełnić omówieniem błędów laboratoryjnych, niemniej ważnych, jeżeli chodzi o wykonanie zupełnie zadowalającej dostawki.

EINIGE BEMERKUNGEN ÜBER DEN VOLLERSATZ.

(Zusammenfassung).

Es wird versucht knapp dazustellen, welche Hauptfehler bei der Herstellung der totalen Prothese, was den klinischen Teil der Arbeit anbetrifft, meistens begangen werden und wie diesbezügliche Misserfolge zu beheben sind. Demnach werden bei der Schilderung des Herstellungganges der totalen Prothese die für den kaufunktionellen, kosmetischen und sprachfunktionellen Erfolg wichtigen und oft vernachlässigten Richtlinien besprochen. Diese betreffen die zweckmässige Ausgestaltung der Prothesenbasis einschliesslich ihres Randes, die Bisshöhe, den statischen Aufbau der künstlichen Zähne und ihre Artikulation und die systematische Prüfung der eben genannten Punkte, sowie der Kosmetik und Sprachfunktion durch die Einprobe der in Wachs aufgebauten Prothesen am Patienten.

Nachdem die Indikation der Abdruckmethoden kurz erwähnt wird, werden die notwendigen Massnahmen, welche die Saugwirkung der Platte durch Schaffung von Ventilränder herbeizuführen helfen, beschrieben. Während durch die Anwendung der funktio-

n e l l e n Methoden (von welchen der K a u a b d r u c k nach Spreng die besten Resultate zu geben scheint) die zweckmässigste Form der Plattenbasis schon zu Beginn der prothetischen Arbeit festgelegt werden kann, wird durch Unterfütterung, Randauftragung und Flügelergänzung die Möglichkeit einer n a c h t r ä g l i c h e n V e r b e s s e r u n g der Basis gegeben.

Weiter wird auf die Wichtigkeit der Wahl einer für den gegebenen Fall zweckmässigen Bisshöhe hingewiesen, wobei nicht nur auf das Aussehen (zwangloser Lippenschluss, Gesichtsdimensionen von Mund-, Nasen- und Stirnpartie), sondern auch auf die F u n k t i o n und den Z u s t a n d d e s K i e f e r g e l e n k e s zu achten ist.

Was den s t a t i s c h e n A u f b a u totaler Prothesen anbetrifft, gibt das Lagerungsverhältnis der zahnlosen Kieferkämme die notwendingen Anhaltspunkte. Die früher bestandene Bissart wird, wenn auch in abgeschwächter Form, im allgemeinen auch beim künstlichen Gebiss zweckmässigerweise wieder angewandt.

Schliesslich wird auf die Wichtigkeit der Erreichung einer guten A r t i k u l a t i o n in der Form eines V i e l f l ä c h e n k o n t a k t e s hingewiesen, wobei auch auf die zweckmässigsten Zahnformentypen und ihre mechanische Ausgiebigkeit in kaufunktioneller Hinsicht eingegangen wird. Abschliessend werden genaue Anhaltspunkte für die Durchführung der Einprobe der in Wachs aufgestellten Gebisse am Patienten in Bezug auf die Bissart, Bisshöhe, den statischen Aufbau der Zähne, die Artikulation, sowie die Kosmetik und Sprachfunktion erörtert. Zuletzt werden noch einige praktische Hinweise betreffend Vermeidung und Behebung von den durch Druckstellen verursachten Schleimhautenzündungen und Brechreizerscheinungen angegeben.

PIŚMIENNICTWO.

B a l t e r s W. Theorie u. Praxis der totalen u. partiellen Prothese.

B r e h m A. Über die Ventilrandgestaltung bei der totalen oberen Prothese. Zahnärztl. Rundsch. 1937. Nr 32.

F i s h. The lingual surface of the full lower denture. Wiedeń 1936.

G r o h s R i c h a r d. Biologische Prinzipien in der zahnärztlichen Prothetik. Wiener Kl. Wochenschrift 1936. Nr 31. 32.

K a n t o r o w i c z A. Klinische Zahnheilkunde.

M a j o r E m i l. Über die Vollprothese. Z. R. 1937. Nr 47. 48. 49.

R e h m H a n s. Vermeidung u. Behebung von Misserfolgen bei totalen Prothesen. 1937.

S c h e i d t C h r i s t. Der Aktivierungsrand an der Ventilrand-Prothese. Z. R. 1937. Nr 9.

S c h m i t z W i l h e l m. Wie vermeiden wir die Hauptfehler bei der Herstellung der totalen Prothese. Z. R. 1937. Nr 19.

— Zur Praxis des totalen Ersatzes. Z. R. 1937. Nr 23. 24.

Schröder H. Über die Aufgaben der zahnärztlichen Prothetik i t. d. 1929.
Spreng Max. Der Kauabdruck. 1932.
Valbuena L. (New York). Dental Items of Interest. 1936. Nr 12.
Villain George. La réalisation de l'equilibre bio-mécanique en prothèse totale. Wiedeń 1936.
Wustrow P. Über die Verankerung der totalen Prothese. Wiedeń 1936.

Lek. dent. STANISŁAW BLIKLE. *Warszawa.*

Leczenie zachowawcze zakażonej miazgi (Pulpitis Infectosa) metodą biologiczną t. j. według zasady homeopatycznej.

(Odczyt wygłoszony na zebr. nauk. Tow. Stomatologicznego dnia 28 lutego 1938 r. w Warszawie).

W końcu 1895 roku ukazała się bardzo cenna książka dra J. Arkövy'ego, prof. katedry chorób zębów przy Uniwersytecie Budapeszteńskim, pod tytułem „Diagnostyka chorób zębów".

Składa się ona z dwóch części, z których pierwsza, licząca 120 stron, jest poświęcona wyłącznie diagnostyce i klasyfikacji chorób miazgi zębowej.

Autor rozróżnia tam aż 15 postaci klinicznych chorób tego organu. Już to jedno świadczy nam, o bardzo drobiazgowym traktowaniu przedmiotu, oraz wskazuje, że miazga może podlegać, podobnie jak każdy organ w ustroju człowieka, wielu różnym schorzeniom. To też bardzo dziwnym wydawać się musi, że jednak ten ogrom pracy, wykonanej przez prof. Arkövy'ego, nie dał nam dotychczas żadnych wyników praktycznych przy leczeniu schorzeń miazgi.

Od tego bowiem czasu miazga zębowa jest wciąż, jak i dawniej, leczona podług tego samego szablonu. A więc bez względu na to, jaki jest stan patologiczny żywej jeszcze miazgi, zawsze pada ona ofiarą dewitalizacji, zaraz na samym wstępie jej „zachowawczego" leczenia.

Zapalenie bowiem miazgi jest dotychczas uważane wciąż za chorobę nie dającą się leczyć z tego powodu, że jest ona zbudowana tak delikatnie, iż podczas miejscowego stosowania środków dezynfekcyjnych, sama ulega rozpadowi.

Leczenie zaś bóli, towarzyszących zawsze zapaleniu miazgi, przy pomocy środków narkotycznych, jak np. Trigemin, lub jego części składowe: Piramidon, Antipyryna i Chloral, nie dają wyników trwałych, gdyż działają one tylko w zakresie nerwu Trójdzielnego i z tego powodu przemija ich wpływ leczniczy bardzo szybko.

Narkotyki bowiem nie mają żadnego powinowactwa z tkanką

samej miazgi i dla tego wcale nie mogą działać leczniczo na ten chory organ.

Chcąc więc uniknąć nawrotu bóli zęba przy pulpitach, musimy z konieczności stosować środek tak radykalny jak usuwanie całego organu chorego, aby następnie, już po jego wyłuszczeniu, wypełnić przewody zębowe jakąś sztuczną masą.

Podobny zabieg nasuwa nam często bardzo duże trudności przy jego wykonywaniu, a dla chorego jest powodem strachu. Co jednak najważniejsze, to, że w wyniku otrzymujemy zamiast żywego zęba martwy kołek, który nie może już należycie spełniać swego przeznaczenia, gdyż posiada zmniejszoną sprawność życiową! Zachodzi więc coś podobnego jak gdyby ktoś otrzymał zamiast żywego królika doświadczalnego... wypchaną jego skórę.

Ząb taki staje się odtąd drogą otwartą do wtargnięcia drobnoustroi chorobotwórczych do całego ustroju. Sądzę, iż na poparcie naszego twierdzenia, nie potrzebuję przytaczać tu sprawy, tak ciekawej, a obecnie już ogólnie uznanej, jak zakażenie ogniskowe całego ustroju t. zw. „Dental sepsis". To też odrazu przejdziemy do naszego tematu.

Wprawdzie w ostatnich latach uwydatnia się już pewne dążenie do tego, aby niedopuszczać do dewitalizacji zęba, lecz zachowywać jego żywotność, jednak ogłoszone metody takiego postępowania, chociaż noszą szumne nazwy, jak: „metoda biologiczna", lub „metoda zachowawcza" i t. p.; jednak właściwie nie różnią się one niczem od metod dotychczasowych.

Sama żywotność bowiem miazgi zostaje albo tak samo ograniczona jak przy zwykłej amputacji, albo wprost zupełnie zniesiona.

Nadto, ponieważ wspomniane metody wymagają, aby stan ogólny zdrowia pacjenta był zupełnie bez zarzutu, gdyż nawet katar staje się już poważną przeszkodą, przeto nie nadają się one do szerszego zastosowania w praktyce codziennej.

A jednak w wielu wypadkach pulpitów dało by się uniknąć dewitalizacji i zachować miazgę nadal przy życiu, przez zastosowanie odpowiedniej metody leczniczej.

Taką właśnie zupełnie nową metodę pragnę obecnie przedstawić Szan. Kolegom.

*

* *

Poszukując sposobu leczenia miazgi zakażonej, przychodziła mi często do głowy myśl, aby, wobec bardzo dobrych wyników leczenia środkami homeopatycznymi różnych innych organów, zbudowanych podobnie delikatnie, jak miazga zębowa, rozpocząć próby leczenia i tego organu.

Rozumowałem przy tym tak, że, jeśli organy jak np. oko, ucho, mózg, miedniczki nerkowe, gruczoły, miąższ kostny i t. p., mimo iż zostały zajęte przez drobnoustroje chorobotwórcze (Infectio), lub

jeśli nawet uległy one już procesowi zwyrodniającemu (Degeneratio), udaje się, przy pomocy leków homeopatycznych, doprowadzić do takiego stanu zdrowia, że pełnią znów wszystkie swe czynności fizjologiczne, to i miazga zębowa nie powinna stanowić pod tym względem wyjątku.

Wszakże miazga posiada, podobnie jak każdy inny organ naszego ciała, naczynia krwionośne i limfatyczne, przy pomocy których może przecież bronić się doskonale przed jej szkodnikami.

Obfity więc prąd krwi i limfy powinien nie tylko zabierać zarazki, unosząc je w inne miejsca, odpowiedniejsze, ale nadto może również łatwo doprowadzać do miazgi substancje lecznicze, które są w stanie zaopatrywać ją w potrzebną energię do walki z drobnoustrojami, podtrzymując w ten sposób jej żywotność.

Ten proces biologiczny stanowi właśnie zupełne przeciwieństwo do działania antyseptyków, które wprawdzie zabijają drobnoustroje, ale równocześnie niszczą całe ich podłoże t. j. samą tkankę miazgi.

Wyniki mego leczenia w różnych przypadkach chirurgicznych, a szczególnie z zakresu stomatologii, które są już ogłoszone drukiem *), wskazują na to, że otrzymywałem wyleczenia trwale, nawet w wypadkach wyjątkowo trudnych.

Jest to dowodem, że można zawsze na pewno liczyć na działanie lekarstwa homeopatycznego, o ile jest ono dobrane oczywiście ściśle według zasady prawa podobieństwa.

Mając więc za sobą trochę doświadczenia z działaniem biologicznym leków homeopatycznych, a więc przez powinowactwo do różnych tkanek ustroju, nie zaś tylko miejscowo—chemicznym, nasuwała mi się uporczywie myśl, aby rozpocząć próby leczenia chorej miazgi zębowej (Pulpitis) homeopatią.

Jednak to wieloletnie stosowanie dewitalizacji miazgi, zaraz przy stwierdzeniu pierwszych objawów pulpitu, stało się czymś niemal automatycznym. Pewność zaś dobrego zawsze wyniku, była również niemałą przeszkodą, by odważyć się do czynienia prób, zwłaszcza, że praktyka prywatna nie nadaje się wcale do tego.

Pewnego jednak razu zdarzył się taki przypadek, że pacjent, wymęczony już długotrwałym bólem zębów, zapytał ironicznie: „Dlaczego lekarze dentyści nie wymyślili dotąd jakiegoś mądrzejszego

---

*) Patrz: 1) „Przegląd Dentystyczny“ 1935 r. Nr. 11 (zjazdowy). „Stosowanie Homeopatycznej metody leczenia w Stomatologii“. XVI-cie przypadków. 2) „Lekarz Homeopata“ 1936 r. Nr.Nr. 1 i 2 „Zasada podstawowa homeopatii“. „Stosowanie leków homeopatycznych w chirurgii“. „Co można osiągnąć lekami homeopatycznymi w stomatologii“. 3) „Lekarz Homeopata“ 1936 r. Nr.Nr.3 i 4. „Zanokcica (Panaritium) pochodzenia pasożytniczego i jej wyleczenie szybkie lekami homeopatycznymi“. 4) „Dwumiesięcznik Stomatologiczny“ 1937. Nr. 5 (zjazdowy). „Zapalenie grudkowe języka (Glossitis papulosa) wyleczone szybko lekami homeopatycznymi“.

sposobu leczenia chorego zęba, jak tylko drogą bolesnego bardzo „wyrywania“ nerwu?“

Ta uwaga zachęciła mnie ostatecznie do zrobienia pierwszej próby.

Przedstawiłem więc pacjentowi mój zamiar i otrzymałem zapewnienie, iż chętnie podda się on wszelkim próbom, jeśli tylko w ten sposób uniknie bolesnego „wyciągania nerwu“. Prosił, abym od tej chwili uważał go za „królika doświadczalnego“.

Muszę więc obecnie opisać dość szczegółowo cały przebieg mego pierwszego leczenia pulpitu metodą homeopatyczną. Już z górą minął dnia 17 sierpnia 1937 r. rok czasu, kiedy mój stały pacjent, pan Kazimierz Św., lat 32, zdrowej bardzo budowy ciała, zgłosił się do mnie z prośbą, aby usunąć silne bóle w dwóch zębach siecznych górnych, które trwają już od paru tygodni, zwłaszcza przy używaniu pokarmów ciepłych lub zimnych.

Dowiedziałem się, że pacjent będąc gdzieś na prowincji, zauważył, iż psują mu się te dwa zęby górne sieczne. Zwrócił się tedy do miejscowego lekarza dentysty, aby zabezpieczyć takowe od dalszego próchnienia.

Oba ubytki były wywiercone bardzo głęboko, a następnie zaraz wypełnione białą gutaperką. Już po tygodniu zjawiła się niezwykła wrażliwość tych zębów na zimno, a wkrótce po tym zaczęły boleć od gorącego tak silnie, że chory nie mógł nic jeść. W tym czasie pacjent przyjechał do Warszawy i zjawił się u mnie.

Oględziny wykazały, że w obu zębach miazgi były już odkryte, co ułatwiło ich zakażenie, oraz spowodowało bóle i nadwrażliwość.

Po przemyciu ubytków, założyłem opatrunki z 10% spirytusu karbolowego. Do wewnątrz zaś zapisałem Belladona 6/c t. j. w rozcieńczeniu szóstym setnym, polecając przyjmować ją co godzinę po 5 kropli na łyżeczkę wody.

Nazajutrz rano zjawił się bardzo uradowany pacjent, oświadczając, że już po trzykrotnym zażyciu lekarstwa ustały bóle oraz wszelka wrażliwość obu zębów. Chory więc pierwszą noc spał dobrze i mógł jeść bez przeszkody różne pokarmy.

Zmieniłem w zębach oba opatrunki, polecając brać dalej lekarstwo, ale już tylko co 2 godziny. Trzeciego zaś dnia co 3 godziny, czwartego trzy razy dziennie, a piątego kazałem lekarstwo odstawić już zupełnie.

Od tego czasu, a więc w ciągu dwóch tygodni mego leczenia żaden ból nie pojawił się więcej, mimo iż obie miazgi pozostawały wciąż zupełnie żywe, co mogłem stwierdzić przez dotykanie ich, oraz później podczas przemywania ubytków przy wypełnianiu.

Mając więc prawo uważać wynik mego pierwszego leczenia miazgi zainfekowanej za dodatni, postanowiłem całą sprawę zakończyć i wypełniłem ubytki, czego pacjent domagał się już uporczywie.

Do ochrony otwartych rożków miazgi zastosowałem obojętny proszek Fletszer‘a, który, dla wszelkiej pewności zarobiłem na cia-

sto, ale nie wodą jak to się zwykle czyni, lecz ze środkiem homeopatycznym Calendula, używanym przy opatrywaniu ran. Ta mieszanka twardnieje już po paru godzinach i w ten sposób, prócz ochrony miazgi od możliwych uszkodzeń podczas wypełniania ubytku, otrzymuje się jeszcze pewien wpływ leczniczy.

Oba więc zęby sieczne wypełniłem Molaritem. Są one dotychczas żywe, nie bolą i służą pacjentowi przy żuciu pokarmów zupełnie dobrze, co miałem sposobność sprawdzić już kilkakrotnie w ciągu ubiegłego roku.

* * *

Chociaż od tej pory, a więc przez półtora roku, dokonałem wiele podobnych wyleczeń pulpitów, z również dobrym wynikiem jak w przypadku pierwszym, i mógł bym tu przytoczyć dużo ciekawych przebiegów mego leczenia, jednak z pośród wszystkich muszę opisać jeszcze jeden tylko przypadek, który obfituje w bardzo duże niespodzianki, co nawet sprawiło, iż zacząłem już wątpić w wartość całej metody podobnego leczenia miazgi.

W następstwie jednak ten przypadek okazał się tak pouczającym i przekonywującym, że właśnie dla tego uważam za potrzebne go opisać.

Dnia 15 września 1937 r. zgłosiła się do mnie pani Halina Pr., lat 35, o zdrowej budowie ciała, z bólem w górnym dużym trzonowcu z lewej strony. Bóle pojawiały się napadowo, co pewien czas, na dość krótko, to trwało przez parę tygodni. Od kilku jednak dni ząb ów zaczął silnie dokuczać pacjentce już i po nocach. Przyczyną bólu zęba był ubytek dośrodkowy. Po usunięciu zaś bardzo rozmiękczonej zębiny, miazga okazała się już otwartą, a w jednym z jej rożków widać było małą kropelkę żółtej ropy.

Za zgodą pacjentki przystąpiłem do zachowawczego leczenia tej chorej miazgi. Po przemyciu ubytku ciepłą wodą, położyłem opatrunek z 10% spirytusu karbolowego, a do wewnątrz zapisałem Belladona 6/c, polecając ją przyjmować po 5 kropli na łyżeczkę wody co godzinę.

Już po kilku godzinach ustały samoistne bóle podczas dnia, a noc była również zupełnie spokojna. Ponieważ dnia następnego bóle też nie pojawiły się, więc poleciłem brać lekarstwo do wewnątrz tylko co 3 godziny.

Na obnażoną, ale nie ropiejącą już, miazgę teraz położyłem warstwę ochronną, składającą się z proszku Fletszer'a zarobionego z Calendula (jak w przypadku poprzednio opisanym), a cały ubytek wypełniłem, jak zwykle to czynię, watą przesyconą mastyksem.

Z chwilą jednak, gdy bóle przestały trapić pacjentkę, zaczęła ona przychodzić dość nieregularnie, tłomacząc się prowadzeniem wykładów chemii, w szkołach zawodowych. Z tego powodu musiałem kilkakrotnie zmieniać warstwę ochronną miazgi, gdyż obawiałem się, iż może nastąpić powtórne jej zakażenie.

Przy tych zmianach warstwy ochronnej, przekonywałem się, że miazga nic nie traciła na swej żywotności, oraz że nie ulegała dalszemu ropieniu, mimo, iż po każdej zmianie tej warstwy ochronnej, zjawiały się zawsze lekkie bóle, trwające około godziny.

Ponieważ wszelkie bóle samoistne ustały już od dawna, przeto w miesiąc od rozpoczęcia mego leczenia, wypełniłem ubytek Molaritem, nie zdejmując już z miazgi ostatnio położonej warstwy ochronnej.

Obawiałem się jednak złych następstw, po tak długich przerwach podczas mego leczenia, i dla tego poleciłem pacjentce brać jeszcze „na wszelki wypadek" Belladonę dwa razy dziennie przez trzy dni, poczem prosiłem uważać leczenie za ukończone.

Ponieważ jednak ząb wkrótce po jego wypełnieniu stawał się coraz wrażliwszy na każdą zmianę temperatury, przeto pacjentka — zamiast, jak to prosiłem na samym początku leczenia, przyjść zaraz do mnie — zaczęła leczyć się sama, przyjmując Belladonę co raz to częściej, a nawet co ½ godziny. Sądziła, że w ten sposób i bez mej pomocy opanuje bóle. Jednak skutek jej leczenia był fatalny, gdyż Belladona wkrótce spowodowała tak gwałtowne bóle samoistne w całej połowie głowy, że chora, bez mojej wiedzy, zaczęła ratować się Veramonem.

Dopiero 22.X. r. ub. pacjentka przybyła do mnie, prosząc o pomoc. Wówczas ze zdziwieniem dowiadziała się, że sprowadziła sobie sama owe bóle w głowie przez nadużycie Belladony. Kto zna obraz patogenetyczny Belladony, ten rozumie dla czego sprawa musiała przyjąć taki, a nie inny obrót. Dla laików zaś muszę tu dodać, że było to zwykłe ostre zatrucie Belladoną. — Poleciłem więc ją odstawić, a natomiast przepisałem, zgodnie z zasadą homeopatyczną, lekarstwo najpodobniejsze do wytworzonych bóli t. j. Plantago 6/c, po 5 kropli na łyżeczkę wody, co 2 godziny.

Skutek był oczywiście natychmiastowy, bo już po kilku dawkach lekarstwa ustały zupełnie wszelkie bóle w głowie, twarzy i w zębie.

Jednak teraz po opanowaniu bóli, zacząłem się zastanawiać, dla czego właściwie ząb, który był już zupełnie wyleczony, stał się ponownie wrażliwym na zmiany cieplne, a nawet — jak się potem dowiedziałem — ćmił z przestankami po parę godzin dziennie.

Jak wiemy, jest to zwykły objaw zainfekowania miazgi, ale w jaki sposób mogło to nastąpić?

Dopiero bardzo dokładne zbadanie zęba wykryło mi całą tajemnicę. Oto na jego żującej powierzchni znalazłem, między guzkami, małą szczelinkę, w którą wchodziła z łatwością cienka sonda, na tak znaczną głębokość, że sprawiało to pacjentce dość silny ból.

Po wywierceniu dużej warstwy zębiny, bardzo rozmiękczonej i niewątpliwie zainfekowanej, okazało się, że ubytek był tak głęboki, iż dochodził już prawie do miazgi. Tą więc drogą nastąpiło z całą łatwością jej powtórne zakażenie, zwłaszcza, że odporność natu-

ralna tkanek tego organu była już osłabiona przebytym poprzednio zapaleniem miazgi.

Założyłem więc trzykrotnie opatrunki z 10% spirytusem karbolowym, poczem wypełniłem ten ubytek „zdradziecki“ Molaritem. Do wewnątrz zaś poleciłem brać jeszcze Plantago 6/c co godzinę, przez dwa dni.

Ani dnia następnego, ani potem nigdy już więcej nie pojawiły się żadne bóle.

Gdyby podobny przypadek zdarzył się podczas pierwszych prób leczenia zakażonej miazgi, to był bym niewątpliwie taką chęć uznał za mrzonkę i szybko wycofał się z honorem.

Na szczęście jednak miałem już za sobą cały szereg dobrych wyników podobnego traktowania miazgi i dla tego nie mogłem uwierzyć, aby dany przypadek miał być nie do wyleczenia. Okazało się jednak, że miałem rację, gdyż ów ząb służy pacjentce również dobrze jak wszystkie inne jej zęby.

Mam sposobność widywać dość często ową pacjentkę, która za każdym razem dziękuje mi z miłym uśmiechem za to, że uratowałem od zagłady jej najboleśniejszą cząstkę ciała.

* * *

Sądzę, iż każdego, a zwłaszcza homeopatę ,musi zaciekawić, czemu, z pośród tak wielu środków, które działają kojąco na ból zębów, wybrałem właśnie Belladonę i Plantago?

Otóż miałem ku temu kilka bardzo ważnych podstaw, które poniżej przytoczę.

Belladona (Pokrzyk lub Wilcza jagoda).

1) Badania patogenetyczne czynione z Belladoną przez dra Harlie‘go, wykazały, że jej wszystkie objawy chorobotwórcze są wynikiem pobudzenia centrów nerwowych przez ich wzmożone utlenianie się. Czyli, mówiąc inaczej, istota działania Belladony na ustrój ludzki polega na niezmiernie silnym utlenianiu tkanek.

   Spostrzeżenia zaś kliniczne, przy stosowaniu Belladony, potwierdzają to w zupełności, gdyż ona znakomicie przeciwdziała wszelkim zatruciom jadami zwierzęcymi. Zobojętnia więc szkodliwy wpływ toksyn, wytwarzanych przez drobnoustroje chorobotwórcze. Dlatego też w naszej praktyce, przy zainfekowaniach miazgi, Belladona jest bardzo wskazana.

2) Wedle dalszych spostrzeżeń różnych badaczy, Belladona podnieca silnie wrażliwość nerwów czuciowych i z tego powodu jest ona, na podstawie prawa podobieństwa (similia similibus curantur) bardzo odpowiednią do szybkiego łagodzenia wszelkich wogóle bóli.

   Ta własność Belladony również przemawiała za jej wybo-

rem przy pulpitach, kiedy mamy do opanowania bardzo gwałtowne bóle tak trudne do natychmiastowego uśmierzenia.

3) Dr Haheman, twórca terapii homeopatycznej, zauważył fakt bardzo dla nas doniosłego znaczenia, że przy doświadczeniach pato-genetycznych z Belladoną, każdy eksperymentator, prócz wielu innych objawów, zawsze cierpiał na silne bóle w zupełnie nawet całych i zdrowych zębach.

To dowodzi, że istnieje ścisłe powinowactwo między pulpą zęba, a Belladoną, co właśnie przy leczeniu chorej miazgi winno być umiejętnie wykorzystane.

Plantago Major. (Babka wąskolistna).

Zupełnie podobny objaw zębowy jak u Belladony był również notowany przez Dra Humphreys'a z Nowego Yorku, w patogenezie Plantago Major. Jest to roślina przydrożna, znana już w starożytności i używana do gojenia wszelkich ran, będących w stanie zapalnym. Liście tej rośliny używają w Szwajcarii do uśmierzania bóli zębów, kładąc ją do ucha po stronie bolącego zęba.

Moje spostrzeżenia terapeutyczne potwierdzają w zupełności powinowactwo Plantago z miazgą zębową, gdyż przy uporczywych pulpitach zawsze otrzymywałem uspokojenie bóli.

Calendula. (Nogietek).

Jest to ziele rosnące dziko; bardzo ulubione przez pszczoły. Jego części składowe są: olejek lotny pięknie pachnący, a wyrabiany w gruczołkach tego kwiatu; dalej mamy pewien alkaloid zwany Calendulina; wreszcie guma i białko; oraz, sole fosforanowe i jabłeczno-kwaśne, związane z potasem i wapniem.

Objawy pato-genetyczne, wewnętrzne, występują zawsze z gorączką. Są to działania podniecające, napotne, moczopędne, rozpuszczające, oczyszczające krew i t. p. Dalej występują silne pragnienia, wrażliwość na zimno oraz ziębienia w członkach.

Poza tym na powierzchni ciała zjawiają się różne opuchnięcia jak np. gruczołów podszczękowych, które stają się bolesne; widzimy nadto liczne zaognienia i obrzęki z kłuciem i bólami podobnymi do tych, jakie powstają, gdy poddajemy tkanki ciągłemu drażnieniu lub jątrzeniu.

Główne jednak zastosowanie lecznicze Calenduli jest zewnętrzne; a więc: przy świeżych ranach krwawiących; przy wszelkich uszkodzeniach tkanek; przy owrzodzeniach liszajowatych i oparzeliznach; przy nacieczeniach krwawych, a zwłaszcza tkanki podskórnej, komórkowej.

Wszędzie tam Calendula działa w ten sposób, że ściąga brzegi ran i zapobiega wszelkim zapaleniom lub ropieniom i dla tego rany goją się szybko, dobrze i „per primam".

To też w praktyce chirurgicznej i ginekologicznej Calendula jest wprost niezastąpiona. Szkoda tylko, że dotychczas używają jej głównie lekarze homeopaci oraz lud wiejski. Calendulę stosuje się w roz-

cieńczeniu wodnym, w stosunku 1 łyżeczka esencji na szklankę wody.

W mej praktyce lekarsko-dentystycznej zacząłem stosować Calendulę z powodu wyżej przytoczonych zalet, przy różnych uszkodzeniach mechanicznych pulpy, gdy chodziło o szybkie jej zagojenie „per primam". Dopiero stosunkowo od niedawna zacząłem stosować Calendulę i przy różnych stanach zapalnych miazgi.

Ponieważ jednak przy podobnym leczeniu miazgi, warunki techniczne są dość trudne do pokonania, przeto wpadłem na szczęśliwy pomysł, aby zastosować Calendulę w postaci ciasta, t. j. zarobioną z proszkiem obojętnym Fletszer'a.

Ten pomysł okazał się w praktyce bardzo dogodnym, gdyż owe ciasto twardnieje już w parę godzin, więc miazga otrzymuje jednocześnie, prócz działania leczniczego Calenduli jeszcze ochronę od wpływów mechanicznych, co znakomicie przyśpiesza jej gojenie.

Jeśli zaś, przy większym obnażeniu się pulpy chcemy widzieć cały przebieg pokrywania się rany blizną, to wówczas należy robić opatrunki z 10% Calenduli na wazelinie, kładąc ją na ranę miazgi wraz z małym kłaczkiem waty. W ten sposób bardzo jest łatwo usunąć cały opatrunek bez uszkodzenia tworzącej się na miazdze blizny. Trzeba jednak kłaść na taki opatrunek warstwę ochronną z Fletszera zarobionego wodą.

* * *

Pozwoliłem sobie przedstawić tu Szan. Kolegom wszystkie doświadczenia zdobyte przeze mnie, przy leczeniu metodą homeopatyczną, zakażonej miazgi, gdyż takowy sposób daje nam możność zachować cały ząb w pełni życia.

Czynię zaś to dlatego, aby Szan. Koledzy, jeśli uznają za właściwe, mogli już odrazu korzystać z moich dotychczasowych doświadczeń.

A sądzę, że w tym wypadku „gra będzie warta świeczki", radzę więc spróbować.

Czynię to również i w tym przekonaniu, że Akademia Stomatologiczna, jako instytucja najbardziej ku temu odpowiednia i rozporządzająca wszystkimi środkami do naukowych doświadczeń, zajmie się tą właśnie stroną moich spostrzeżeń klinicznych.

Wskazane więc będzie poczynić odnośne badania, na zwierzętach i ludziach, w celu stwierdzenia, w jakim stanie co do życia znajduje się miazga zęba, który był zainfekowany, a następnie wyleczony moją metodą biologiczną t. j. przy pomocy leków homeopatycznych.

Ciekawym również będzie: zbadanie budowy mikroskopowej miazgi w miejscu jej zabliźnienia się, oraz zbadanie bakteriologiczne tej że miazgi, po upływie przynajmniej 3-ch miesięcy od jej wyleczenia.

Z Kliniki Chirurgii Stomatologicznej Akademii Stomatologicznej w Warszawie.
(Kierownik: Prof. Dr ALFRED MEISSNER).

Lek. dent. MARIA SZANIAWSKA. *Warszawa.*
st. asystent Kliniki.

Znaczenie kamienia karborundowego dla schorzeń w jamie ustnej.

(Referat wygłoszony na VIII. Polskim Zjeździe Stomatologicznym, jako Sekcji XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, Lwów 4—7 lipca 1937).

Skoro przyszła mi myśl opracowania i zebrania tych wszystkich momentów, kiedy używam kamienia karborundowego i podzielenia się nimi z Szan. Audytorium—uświadomiłam sobie, że niejeden spośród lekarzy będzie zdziwiony wyborem tematu, bo któż nie wie, co to jest kamień karborundowy i kiedy go używać należy. Mimo to obstaję przy swoim i podam te stany chorobowe, w których uciekam się do użycia tego instrumentu, bo ci, którzy stosują go szeroko, niejednokrotnie narażają się na ostrą krytykę kolegów uważających że w pewnych okolicznościach może on stać się instrumentem szkodliwym, mogącym w skutkach swego działania dać próchnicę zęba. Po pierwsze — tak nie jest, a po drugie nawet gdyby tak było — nie należałoby zrezygnować ze spiłowania zębów przez użycie kamienia karborundowego, bo obecnie już nie uważamy, że próchnica, jeśli chodzi o choroby zębów i innych narządów, jednak pochodzenia zębowego, jest przyczyną, która występuje w 90% przypadków. Ma ona obecnie dość licznie reprezentowaną konkurencję, wśród której na pierwsze miejsce wysuwają się schorzenia okołozębia. Jak wszędzie, tak i przy omawianym zagadnieniu trudność będzie polegała na ustaleniu diagnozy schorzenia, z którym chory do nas się zgłasza. Schorzenie to będzie wywołane jakimś patologicznym czynnikiem mechanicznym, względnie fizjologicznym czynnikiem mechanicznym w patologicznych warunkach otoczenia bliższego, czy dalszego. Leczenie nasze będzie polegało na zmniejszeniu czy też zniesieniu tego czynnika mechanicznego przez rękoczyn o charakterze mechanicznym przy użyciu właśnie kamienia karborundowego.

Jeśli mówimy o schorzeniach w jamie ustnej, to narządem, który najczęściej choruje, są zęby. Nie znaczy to, że inne narządy jamy ustnej nie chorują, ale jeżeli bliżej i uważniej przypatrzymy się schorzeniom tych narządów, to może nie będzie przesadą powiedzieć, że 70% tych schorzeń jest pochodzenia zębowego. Śmiałe może będzie powiedzenie, ale jednak nie pozbawione słuszności, że w bezzębnej jamie ustnej nie ma chorób, chyba że przez brak zębów, albo przez niewłaściwie uzupełnione uzębienie, a więc znów sprawa w związku z zębami, chociaż nie własnymi.

Kamień karborundowy jest to węglik krzemowy, który pod względem twardości dorównywa prawie diamentowi, dzięki temu ma szerokie zastosowanie w szlifiarstwie. Ponieważ przy zabiegach w jamie ustnej działa on na ząb, a więc w pierwszym rzędzie na szkliwo zęba, które jest najtwardszą tkanką organizmu ludzkiego, przeto zastosowanie odpowiada jego właściwościom.

Jeśli chodzi o dotychczasowe zastosowanie, to używano go do szlifowania plomb i zębów pod korony, ponieważ wtedy nie obawiano się jako skutków jego zastosowania — próchnicy zęba, zwłaszcza jeśli jako etiologię próchnicy przyjmiemy teorię chemiczną. Jeśli zrobimy przegląd narządów w jamie ustnej, to oprócz zębów i szczęk znajdują się tam policzki i wargi jako ograniczenie od świata zewnętrznego, wewnętrznie zaś mamy okolicę dna jamy ustnej utworzoną z mięśni oraz gruczołów podszczękowych i podbródkowych, podniebienie twarde i miękkie oraz migdałki tkwiące w łukach podniebiennych i tylną ścianę gardzieli stanowiącą tylną granicę jamy ustnej. Narządy te, jak inne tkanki i narządy całego organizmu, mogą klinicznie ulegać zaburzeniom rozwojowym, urazowym, zapalnym i nowotworowym. Ponieważ najczęstsze z tych schorzeń są pochodzenia zapalnego, przeto im głównie przyjrzeć się należy i to nie tylko dlatego, że są najczęstsze, ale że najczęstszą przyczynę tych zapaleń upatrywać należy w zębach, a więc w skutkach próchnicy zęba — zgorzeli. Ale nie o skutkach próchnicy mówić zamierzam, lecz o tych wszystkich schorzeniach, które są związane z zębami jako takimi, i że się tak wyrażę, istnieją dzięki samej obecności zębów, wzgl. dzięki brakom w ich istnieniu kompletnym fizjologicznym. Do takich schorzeń zaliczyć należy stany zapalne spowodowane:

I. Ostrymi brzegami zębów bez przerwania nabłonka przy ich nieprawidłowym ukształtowaniu w związku z zaburzeniami rozwojowymi szkliwa zęba, albo też jako skutki próchnicy. Zęby takie drażnią ruchome i wchodzące w kontakt z zębami narządy jamy ustnej, a więc język, policzki i wargi. Niejednokrotnie w takich warunkach zdarza się, że chorzy uskarżają się na dolegliwości przypominające neuralgię czy też inne schorzenia, których rozpoznać nie możemy, a nie jest to nic innego, jak podrażnienie mechanicznie tymi zębami, do którego dołączamy podrażnienie chemiczne przez stosowanie różnych leków w postaci smarowań, pędzlowań i t. d. I tak w tej chwili mam na uwadze chorą skierowaną przez lekarza-internistę, która w ciągu 4-ch lat cierpiała na dolegliwości w języku, charakteryzujące się uczuciem drętwienia i palenia. Przechodziła różne kuracje stosowane przez lekarzy różnych specjalności, lekarza dentysty również, nikt jednak nie zwrócił uwagi na mechaniczne podrażnienie języka. Po 3 seansach, podczas których opiłowano ostre brzegi zębów, chora zupełnie przestała odczuwać dolegliwości, z którymi się zgłosiła.

II. Sprawy zapalne spowodowane ostrymi brzegami zębów z przerwaniem ciągłości nabłonka. Schorzenia te występują jako stany

zapalne ostre, które łatwiej rozpoznać pod względem przyczynowym. Ale i niejednokrotnie jako sprawy zapalne chroniczne, a więc nie wysiękowe, a ziarninowe, które wyglądem swoim i przebiegiem przypominają sprawy zapalne swoiste albo czasem nawet nowotworowe. Tu mogłabym przytoczyć fakt skierowania na Klinikę 16-letniej chorej w celu wzięcia próbnego wycinka guza z okolicy podjęzykowej strony lewej. Po podpiłowaniu ostrych brzegów dolnego i górnego I trzonowca zniszczonego bardzo próchnicą sprawa chorobowa cofnęła się po 2-ch tygodniach, pozostawiając po sobie ślad w postaci niebolesnego bliznowatego zgrubienia pokrytego nabłonkiem.

III. Spowodowane nieprawidłowym kształtem zęba jako bryły, co trudno jest rozpoznać, bo przy badaniu klinicznym bez uwzględnienia czynnika mechanicznego, przy oddziaływaniu na siebie różnych narządów łatwo ten moment uchodzi naszej uwagi. Może to dotyczyć jednego zęba, względnie kilku, co łatwiej już jest ustalić. Zęby takie wychodzą z linii prawidłowego łuku, jaki powinny tworzyć i przy ujemnym ciśnieniu w jamie ustnej właściwej, dzięki uciskowi policzków na łuk nieprawidłowy, utworzony przez nieprawidłowe bryły zębowe, daje dolegliwości w policzku względnie języku, który również ściśle do zębów przylega. Warunki takie możemy zmienić przez dopiłowanie wystających powierzchni zębowych poza prawidłowy łuk zębowy.

IV. Spowodowane nieprawidłowością łuku zębowego:

a) przy zaburzeniach w tworzeniu łuku przez nieprawidłowo ustawione zęby, które jako poszczególne jednostki zbudowane są pod względem anatomicznym bez odchyleń od normy;
b) przy zaburzeniach w łuku zębowym wytworzonych przez konsekwencje ekstrakcji zębów.

V. Spowodowane guzkami policzkowymi a częściej podniebiennymi górnych zębów trzonowych, przy wyrzynaniu dolnych zębów mądrości w warunkach utrudnionych. Wówczas powstaje stan zapalny części miękkich w najbliższej okolicy wyrzynającego się zęba ze zwiększeniem powierzchni tkanki i wtedy przy zamykaniu ust, guzki górnych zębów trzonowych nagryzają na te części miękkie będące już w stanie zapalnym i powodują jego zaostrzenie wzgl. przedłużają czas trwania. Niejednokrotnie w takich przypadkach przez dopiłowanie tych guzków unikamy powstania ropnia przygardłowego względnie rozległych ropnych spraw zapalnych, bo jeśli w porę podpiłujemy te zęby i sprawa chorobowa cofnie się o tyle, że z łatwością możemy przystąpić do ekstrakcji wyrzynającego się zęba mądrości, to nie tylko w danym momencie przeciwdziałamy sprawie chorobowej, ale i na przyszłość unikamy recydywy.

Wyliczając sprawy zapalne pochodzenia zębowego, przy których kamień karborundowy miałby coś do powiedzenia, wymienić należy srawy zapalne umiejscowione w zatoce szczękowej, będące skutkami przeciążenia mechanicznego górnych zębów. Wtedy jeśli rozpo-

znamy przyczynę sprawy zapalnej, w momencie, kiedy występuje ona jako ostra wysiękowa, nie ropna, a czasem nawet ropna, albo, co lepiej, w momencie przekrwienia śluzówki zatoki szczękowej, to przez zniesienie tego patologicznego czynnika mechanicznego i zastosowanie dodatkowych sposobów leczenia zależnie od potrzeby możemy opanować sprawę definitywnie bez konieczności operowania jamy H i g h m o r e'a. Takie nadmierne obciążenie zębów może być w warunkach przyrodzonych przez patologiczną budowę zęba jako jednostki a) guzki, b) korona, c) korzenie, wzgl. przez nieprawidłowe ustawienie ich w łuku wysunięcie, przesunięcie w tył, w bok i w przód, ale i sami niekiedy przyczyniamy się do takich warunków przez za wysokie plomby, powierzchnie żujące koron mostków czy też przez źle położone plomby na powierzchniach medialno-dystalnych.

VI. Sprawy zapalne umiejscowione w tkankach tworzących ligamentum circulare dentis. Tym sprawom należy więcej miejsca poświęcić, bo mają one prawo obywatelstwa do I-go miejsca po próchnicy zęba, wśród schorzeń jamy ustnej pochodzenia zębowego, ale ze względu na ważność sprawy należy je opracować niezależnie od omawianego tematu, jednak i przy tej sposobności należy o nich przypomnieć.

VII. Sprawy zapalne umiejscowione w gruczołach podszczękowych, jako reakcja na schorzenia okoozębia, czysto urazowe, lub urazowo-infekcyjne.

VIII. Ostre sprawy zapalne umiejscowione w jakimkolwiek narządzie pochodzenia cerwikalnego przy uszkodzeniu ciągłości ligamentum circulare dentis. Tu przede wszystkim trzeba wyliczyć rozległe sprawy ropne rozlane miękkich części, a więc ropowice okołoszczękowe, które w konsekwencjach swoich groźne są nie tylko dla zdrowia, ale i dla życia, a możnaby tego uniknąć, jeśli chory zgłasza się in statu nascendi choroby, gdybyśmy dobrze przyczynowo rozpoznali i ten czynnik, który powoduje rozerwanie więzadła, usunęli.

IX. Prócz spraw zapalnych banalnych pochodzenia mechanicznego należy przyjrzeć się sprawom zapalnym swoistym . Tu zaś na pierwsze miejsce wysunie się gruźlica. Wiemy z doświadczenia, że przerwanie ciągłości nabłonka przy ekstrakcji zęba rzadko daje powikłanie w postaci owrzodzenia swoistego u chorych gruźliczych, tak że nawet można powiedzieć, iż tej komplikacji wcale się nie obawiamy, a odwrotnie szeroko stosujemy ekstrakcje zębów dotkniętych próchnicą u tych chorych, bo w ten sposób zmniejszamy ilość miejsc będących dobrym locum dla lasecznika Kocha. Niejednokrotnie widzieć się daje owrzodzenie gruźlicze, jako powikłanie owrzodzeń banalnych, wywołanych jakimkolwiek czynnikiem mechanicznym, o których była już mowa wyżej. Miejsca takie, jako zmienione chorobowo stanowią locus minoris resistentiae śluzówki w jamie ustnej i są dobrym locum dla bakterii powodujących gruźlicę.

Teraz z kolei należałoby omówić sprawę promienicy, która bardzo

często występuje nie tyle w jamie ustnej, co zewnętrznie na twarzy, istnieje dzięki zębom próchnicowym i dostaje się tam przez for. apicale; ale nawet po ekstrakcji tegoż przyczynowego zęba i przy zastosowaniu odpowiedniego leczenia słabe czasem mamy rezultaty, jeśli nie liczymy się ze sprawami zapalnymi banalnymi, mogącymi istnieć na skutek przeciążenia zębów sąsiednich, zwłaszcza że jest tym większa możliwość takiego stanu, po usunięciu zęba będącego główną przyczyną całej sprawy.

Ze spraw zapalnych swoistych, przebiegających na przygotowanym podłożu przez uraz mechaniczny, czego możnaby uniknąć przez zniesienie tego urazu kamieniem, a tym samym i całej sprawy chorobowej, należy wymienić kiłę, której wcale do rzadkich schorzeń zaliczać nie można. I ona również chętnie umiejscawia się w jamie ustnej w sprzyjających okolicznościach, zarówno w okresie wysypkowym jak i kilakowym.

Dość szeroko omówiliśmy sprawy zapalne banalne i swoiste, któreby mogłyby wogóle nie istnieć, gdybyśmy w porę ustalili rozpoznanie i zastosowali odpowiednie leczenie. Ale sprawy urazowe nie tylko w skutkach swoich są zapalne. Chociaż rzadziej spotykamy się jednak z konsekwencjami urazu w postaci nowotworów, a więc przede wszystkim nadziąślaków. Kiedy cytuję to schorzenie — przytoczyć mogę epulis fibromatosa (był wycinek) w okolicy centralnych górnych siekaczy wielkości orzecha laskowego, który samoistnie wyleczył się przez podpiłowanie dolnych centr. i bocznych siekaczy. Nie wymieniam więcej spraw nowotworowych, bo rozumując per analogiam to samo moglibyśmy powiedzieć o całym szeregu innych nowotworów, w każdym razie, jeśli nie wpływa ten moment i na etiologię nowotworu, to z całą pewnością na wzrost.

Jak rozległe są konsekwencje czynnika mechanicznego w jamie ustnej, tak szerokie jest zastosowanie kamienia karborundowego. A więc dla kompletnego wyczerpania zagadnienia pamiętać należy o zmianach w stawie żuchwowym przy zaburzeniach zgryzowych. Dolegliwość, z którą dość często spotykamy się, a rozpoznanie, które wcale nie jest łatwe, jak łatwe nie jest ustalenie, że warunki zgryzowe pod względem obciążenia mechanicznego są nie fizjologiczne.

Do leczniczych metod postępowania zaliczamy użycie kamienia karborundowego przy leczeniu złamanych szczęk wg. metody prof. A. Meissnera, kiedy to nie ustalamy natychmiast po wypadku ruchomych odłamów, a dopiero po 10-ciu dniach, względnie nawet dwóch tygodniach, jeśli nie mamy żadnych objawów zapalnych, czy to ze strony kości, czy części miękkich, zakładamy szyny ustalające i przy pomocy dopiłowania zębów odtwarzamy prawidłową powierzchnię żującą. A i przy zaburzeniach rozwojowych, przy wyrzynaniu zębów możemy oddać duże przysługi fizjologicznemu uzębieniu człowieka, przez dostarczenie dostatecznej ilości miejsca wyrzynającym się zębom przez dopiłowanie już wyrzniętych.

Nie mówię już o zastosowaniu kamienia karborundowego dla szli-

fowania, dopiłowania protez, przygotowania zębów pod korony, formowania ubytków, finirowania brzegów.

Widzimy na podstawie wyliczonych momentów, że w dużej ilości przypadków chorobowych jako etiologia schorzenia występuje patologiczny czynnik urazowy, który nawet profilaktycznie zwalczać możemy przez uważne badanie chorego i zastosowanie wiertarki dent. uzbrojonej na końcu w kamień karborundowy. Próchnicy zęba jako skutku działania kamienia karborundowego nie obawiamy się zupełnie, gdyż na poparcie powyższej tezy możnaby przytoczyć tysiące przykładów zapisanych na Klinice Chirurgicznej A. S.

—o—

Z Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akademii Stomatologicznej w Warszawie.
(Kierownik: Prof. Dr KONRAD SZEPELSKI).

Lek. stom. JANINA RYBAK-CYRANOWA. *Warszawa.*
st. asystent Kliniki.

Rozwój terapii schorzeń okołozębia w literaturze doby ostatniej.

Okołozębie według K a n t o r o w i c z a jest zespołem jednostek anatomicznych, topograficznie stykających się w obrębie szyjki zęba t. zw.: dziąsło, ozębna, więzadło okrężne zęba i kość zębodołu. Schorzenia okołozębia, to schorzenia dotyczące poszczególnych jego części, w większej ilości wypadków prowadzące do schorzenia całego zespołu, jakim jest paradentoza, którą S z e p e l s k i przez analogię do terminów podobnych procesów w patologii nazywa o k o ł o z ę b i c ą. E n t i n zwraca uwagę na rozpiętość objawów okołozębicy, a prrze to i trudność w ustalaniu patogenezy, a co za tym idzie i postępowania terapeutycznego. Duża rozpiętość tego obrazu musi być mimo trudności uwzględniona, jeśli chce się prowadzić racjonalną i przyczynową terapię okołozębicy. Jak każda terapia, musi i ta przez wzrastające wymagania i badania doznać z biegiem lat większych przemian. Do niemal ostatnich czasów terapia była właściwie objawowa i miała na celu możliwe oddalenie ostatecznego procesu utraty uzębienia. Dokładniejsze ostatnie rozpoznania pozwalają na rozwój terapii. We s k i określa swoje Trio terapeutyczne w leczeniu paradentozy: 1) miejscowe leczenie odpowiada kliniczno-anatomicznemu miejscowemu stanowi, 2) leczenie odciążające przy stanie kliniczno-funkcyjnym (okkluzja, artykulacja), 3) wewnętrzne ogólne leczenie przy wewnętrznym ogólnym stanie. Dla każdego z tych trzech kierunków leczenia musimy wyszukać możliwie wysoki cel terapeutyczny. Terapia lokalna rozpoczyna się przede wszystkim od gruntownego zdjęcia kamienia. H a l e y stwarza delikatne instrumenty skonstruowane w formie łyżeczek, pozwalają-

cych na zagłębienie się w kieszonki dziąsłowe. H a u e r opisuje instrument wypuszczony przez firmę Reufert w Essen, ze stali nierdzewnej Kruppa, t. zw. p a r a d e n t o m e t r, który ma znaczenie diagnostyczne przy badaniu każdego podejrzanego miejsca i wymierzaniu głębokości kieszonek, oraz terapeutyczne przez łatwe wprowadzenie do nich lekarstw.

J o y e a u x uważa kamień nazębny jako główną przyczynę okołozębicy. Zlikwidowanie kamienia wpływa korzystnie na wzmocnienie tkanek, ich siły fagocytarnej i może wywołać znaczne polepszenie w samopoczuciu chorego. Używa on pod silnym naciskiem przy pomocy aparatu przez siebie skonstruowanego proszku z 20% H_2O_2 i Ammonium Fluorhydrat. Twierdzi, że tym środkiem można otrzymać rozpuszczenie kamienia i polepszenie. W terapii lokalnej muszą być brane pod uwagę pasty, tabletki do rozpuszczania w wodzie i proszki. L u t s c h twierdzi, że pasty nie przynoszą pożytku, ale przy szczotkowaniu zębów drażnią chore, zapalne dziąsła. Wielka jest liczba medykamentów służących do spłukiwania jamy ustnej. Działanie ich musi być czyszczące, intensywnie dezynfekujące i tymsamym leczące. L u t s c h i K r ü g e r polecają tabletki C a r n o d o n t, które przy rozpuszczeniu wydzielają kwas węglowy i H_2O_2 in statu nascendi. Tabletki zawierają kwas garbnikowy, Alum. Aceticotartaricum i barwik Akridin, który ma zdecydowane działanie antybakteryjne i przy zapalnych stanach dziąseł przy okołozębicy może być stosowany.

Dalsze składniki tabletek, to maść i olejek miętowy. Do płukania 1 tabletka na gorącą wodę, która przyjmuje barwę i ma nieprzyjemny smak. Autorzy twierdzą, że już po kilku dniach dziąsła robią się jędrne, przylegają mocno do szyjki zęba, znika zaczerwienienie i krwawienie. W dalszym ciągu zaleca L u t s c h zaniechanie szczotkowania, a w miejsce tego masowanie dziąsła watą maczaną w Carnodont, a obok płukanie tym samym. W przypadkach okołozębicy następowało umocowanie obluzowanych zębów. B e l d i n g proponuje leczenie tkanek dotkniętych okołozębicą arsenem, a ponieważ arsen w ręku pacjenta jest zbyt niebezpieczny, po dokładnym wydezynfekowaniu, usunięciu kieszonek i przerosłego dziąsła chirurgicznie lub 4-% $CuSO_4$ lekarską terapię Wizmutem w postaci pasty. S c h n e i d e r uważa, że można zapobiec powstaniu okołozębicy przez jaknajwcześniejsze zlikwidowanie gingiwitis. W tym celu poleca D e n t i f e r m — płyn alkoholowy zawierający między innymi obok kwaśnego dwuoxybenzosulfupotasu więcej smoły i siarki.

Po osuszeniu pendzluje się nim chore dziąsła lub masuje; może też być aplikowany wprost do kieszonek oczywiście po dokładnym ich oczyszczeniu z kamienia nazębnego. Specjalnie skonstruowany aparat D e n t i f e r m a t o r pozwala na wprowadzenie tego środka głęboko w kieszonki. Poleca się pacjentowi masaż płynem Dentiferm przy pomocy szczotki gumowej oraz do płukania wodę Dentiferm. L a n g e r w wypadku łagodnych postaci okołozębicy poleca

P a r a d e n t o l - ekstrakt alkoholowy różnych roślin z domieszką olejków eterycznych i antyseptyków. Działa on hamująco na stan zapalny, likwiduje krwawienia dziąsła. Zapuszcza się go do kieszonek przy pomocy strzykawki przetokowej.

K e r k h o f f dla głębokiego przypalania kieszonek dziąsłowych w okołozębicy poleca H y p o c h l o r y t s o d o w y. Wygodny do aplikowania jest G i n g i s a n pasta, którą na igłach przenosi się w małych ilościach (wielk. łebka szpilki) na brodawki dziąsłowe osuszone. Przypalanie nie jest nieprzyjemne a dozowanie łatwe. Po zastosowaniu energiczne płukanie.

L i n k a prowadzi do wyleczenia okołozębicy przez narkozę komórek P e n e t r i n e m wcieranym w kieszonki i dziąsła, które stają się trwale niewrażliwe. Następuje biologiczna dyzenfekcja tkanek, obwisłe dziąsła stają się elastyczne, przylegają do zębów, następuje zlikwidowanie zatrzymywania się leukocytów. Skoro bezpośrednie wprowadzanie P e n e t r i n u staje się niekonieczne, przepisuje pacjentowi płukanie z jednej kropli Penetrinu na ½ szklanki wody. Autor spostrzega trwałe wygojenie i poprawę ogólnego stanu chorego.

B e l d i n g jest za poglądem, że okołozębica jest chorobą swoistą wywołaną przez bac. wrzecionowaty. Zwolennicy swoistości paradentozy opierają się na tym, że przy okołozębicy nie może chodzić o schorzenie konstytucjonalne przede wszystkim dlatego, że jest ona związana z obecnością zębów i z utratą tychże wygasa. Autor wymaga energicznego zwalczania wszelkich stanów zapalnych dziąseł prowadzących w konsekwencji do okołozębicy. Leczy je preparatami S a l w a r s a n u, który raz dziennie winien być wszczotkowywany do dziąseł i tkanek międzyzębowych. Schorzenie likwiduje się, jeśli krętki zostały całkowicie zniszczonee.

N i w a r d uważa roztwór koloidalny miedzi za posiadający duże wartości przy leczeniu okołozębicy. Zastosowany przezeń preparat nazywa się E l e k t r o c u p r o l i jest zawarty w dwóch ampułkach, jedna z roztworem koloidalnym miedzi, druga z NaCl w roztworze. Zmieszanie tychże przed zastrzykiem poddziąsłowym 1 cm^3 na każdą połowę szczęki powyżej przedtrzonowców. Pierwsze wstrzyknięcie tylko w połowie, aby sprawdzić wrażliwość pacjenta. Jeśli są wywołane przekrwienia, a przy tym hyperleukocytoza, należy wstrzykiwać 2 razy w tygodniu. Po trzech, czterech wstrzykiwaniach znikają drobnoustroje.

L u r i e chce otrzymać najlepsze rezultaty w leczeniu okołozębicy przez stosowanie gorąca, rozwijającego się powoli a nie gwałtownie. W przeciwnym wypadku dochodzi do gwałtownych bólów i rozpadu tkanki. Właściwą drogą do otrzymania stopniowo wysokiej temperatury jest diatermia, która powinna być doprowadzona do temperatury 104° F., ażeby chore komórki obumarły, bakterie zostały osłabione i ażeby podwyższyć odporność tkanki przez większy dopływ krwi.

R ö m e r podobnie jak wielu innych uważa każde zapalenie dziąsła, w szczególności brodawek międzyzębowych za ważne w powstawaniu okołozębicy. Zaleca je pilnie leczyć przez płukanie E w e r o n, oraz masowanie chorych dziąseł nim 2 do 3 razy dziennie. Ciężko występujące anafilaktycznie objawy po iniekcjach bakterio-wakcyn antypyoreicznych naprowadziły F r e y'a do zastosowania (według Besredki) tamponad uodporniających. Skoncentrowana wakcyna G o l d e n b e r g a zostaje przygotowana w postaci żelatynowej, która zwiększa własności immunizujące. Zęby nie zostają przy tym wzmocnione, ale ropa znika i następuje wyraźna poprawa ogólnego stanu. Tamponada watą maczaną w Gelowaccynie powinna nastąpić bez dostępu śliny. Pierwsza wkładka winna trwać 15 — 20 minut, po niej druga na tym samym posiedzeniu. Przeszło godzinę pacjent nie powinien płukać, jeść i pić. Po zniknięciu ropy posiedzenia rzadziej.

G o l d e n b e r g zastosował lak, którym można tamponadę umocować, ażeby przedłużyć jej działanie. Robiono próby z L i p o j o d e m.

F i s c h e r poleca w leczeniu okołozębicy pastę K e r k h o f f'a, zwłaszcza w leczeniu w Ubezp. Społ., biorąc pod uwagę skromne wynagrodzenie. Stosuje on pastę dziąsłową wypalającą, L. P. C.— pastę paradentotyczną i dentiferm smołowo-siarkowy. Twierdzi, że w wielu wypadkach metoda ta pozwalała na uniknięcie operacji nawet w wypadkach zaawansowanych. Po gruntownym usunięciu kamienia wprowadza pastę Kerkhoffa na igłach alweolarnych H a u e r a najwyżej do 4 zębów. Należy przytym dziąsła utrzymywać sucho i chronić przed oparzeniem. Najpierw pendzluje się 2% roztworem pantocainy, aby traktowanie pastą było znośniejsze. Po kilkunastu dniach proces ponawia. W międzyczasie daje Uricedin, witamin „C" w preparatach Cebion-Bayer, Redoxon-Roche oraz zaleca zdrowe odżywianie. Następnie dla odnowienia tkanek dziąsła stosuje bezbolesną pastę paradentotyczną. Autor twierdzi, że następuje znikanie wydzielin i kieszonek, wzmocnienie utrzymania zębów i regeneracja dziąseł.

P o s t e m a podaje szybkie, w 2 miesiące wyleczenie okołozębicy, przez leczenie h o m e o p a t y c z n e. Daje Mercur. sublim. corrosiv. 6 razy dziennie po 5 kropel. Po 2 tygodniach nastąpiło polepszenie, tak, iż dziecko mogło przyjmować półstałe pokarmy. Następnie stosuje płukanie z E c h i n a c e a 10 kropel na szklankę letniej wody, 3 razy dziennie. Kieszonki 2 razy tygodniowo przepłukuje preparatem rumiankowym. Dla wyregulowania przemiany materii i dla wsparcia terapii podaje ½ litra surowego mleka i świeżą mieszaninę ze 100 gr. śmietanki z 400 gr soku pomarańczowego.

M a r t i n y na podstawie swoich klinicznych spostrzeżeń poleca C y t o z o n w systematycznym leczeniu okołozębicy iniekcje podśluzówkowe przy pomocy igły N i r o s t a. W tym celu używa Cytozon-aparat, który wytwarza optymalną mieszaninę tlenu i ozo-

nu. Zaznacza przy tym szybkie i bezbolesne działanie natury lokalnej i ogólnej jak również bezpieczeństwo w stosowaniu.

Wielu autorów stosuje terapię promieniami w obrębie jamy ustnej. Promienie Roentgen'a mogą być ujęte głównie przy leczeniu symptomatycznym. Przy okołozębicy, której etiologia opiera się na przeciążeniu, zaburzeniach wewntąrz-sekrecyjnych, na luesie i cukrzycy, promienie R. są tylko symptomatyczne i zaleca się je przy zupełnie określonych stadiach. Natomiast przy paradentozach z pochodzenia anemii lub układu nerwowego z całkiem dobrym skutkiem można leczyć promieniami prawie bez żadnego dalszego leczenia. Przy wszystkich w ciągu paru godzin widać objawy dodatniego wpływu promieni.

Jugel opisuje, że przy silnych wydzielinach, zaczerwienionych i obrzękłych dziąsłach z krwawieniem i bólami już przy dotknięciu, stosuje promienie R. Po kilku godzinach bóle ustają, zapalenie ze wszystkimi objawami zanika, wydzielina ustępuje. Promienie stosuje się ze specjalnego tubusa pozwalającego tylko na małe pole ich działania, odpowiadające mniej więcej grzebieniowi alweoli. Można je wprowadzać tylko labialnie i bukkalnie po podniesieniu policzków i warg. Dziąsło staje się sprężyste, przyjmuje normalną barwę, obluźnienie zębów znika. Przed stosowaniem promieni posiewy wykazywały masy bakterii i leukocytów, a bezpośrednio po opromieniowaniu leukopenię.

Dresel i Karsten opisują spostrzeżenia Sampsona, który podaje techniczno-fizyczną terapię z dobrym rezultatem. Poleca on naświetlanie 2 - 4 minut wysokogórskie. Na 6 - 8 posiedzeniach, co drugi dzień. Częstość i długość naświetleń zależy od stopnia okołozębicy. Po naświetlaniu płukania 2% Kamillosanem (preparat rumiankowy). Naświetlania wpływają dodatnio na przemianę materii szczęki. Oczywiście w połączeniu z leczeniem medykamentami. Jeśli istnieje silna ropna wydzielina, stosuje przemywania kieszonek Trypaflawinem.

Paradentoza konstytucyjna powstaje wskutek złego odżywiania i awitaminozy. W ostatnich stuleciach zaszły duże zmiany w potrawach i sposobie ich przyrządzania. Jemy obecnie 4,5 raza więcej mięsa aniżeli dawniej. Przy dużym dowozie mięsa organizm nie jest w stanie zamienić białka zawartego w mięsie i przerobić dostatecznie. Kwas moczowy, pozostając worganiźmie, staje się przyczyną takich schorzeń jak: artretyzm, reumatyzm, otyłość, skleroza. Eskimosi nie podlegają tym schorzeniom, jedzą jednak mięso surowe, posiadające więcej witamin niż gotowane, a zawarta w nim krew pobudza przerabianie kwasu moczowego z białka i wydalanie go.

Chleb biały przez dokładne oczyszczanie mąki stracił zwłaszcza sole mineralne i wogóle te składniki, które w jakikolwiek sposób są lecznicze i najpożyteczniejsze. Spostrzeżenia Heinrich'a o konstytucyjnej etiologii okołozębicy są zgodne z poglądami Fischera, który mniema, iż zaburzenia przemiany materii są skutkiem

złego odżywiania, które stanowi korzystną pożywkę dla okołozębicy, ponieważ ona ma wielkie znaczenie dla konstytucyjnego ukształtowania. Każda dolegliwość konstytucyjna powoduje obniżenie wobec zewnętrznych czynników szkodliwych.

H e i n r i c h twierdzi, że wystąpienie okołozębicy jest niezależne od zewnętrznych warunków. Dzisiejsze nienaturalne warunki życiowe,nerwowa szybkość i niepokój dzisiejszego, zapracowanego człowieka, pośpiech w jedzeniu i połykaniu stwarzają podstawy do powstania wielu brzemiennych w skutki chorób, między innymi i okołozębicy.

H e i n r i c h pisze, że racjonalna terapia musi podziałać na konstytucję pacjenta w taki sposób, aby niebezpieczne produkty przemiany materii t. j. nadkwasowość organizmu usunąć i odrodzić organizm zapomocą produktów obfitujących w witaminy. Odżywianie surówkami, obfitującymi w witaminy „C“ i „D“, spożywanie jarzyn i owoców ma olbrzymie znaczenie w terapii i profilaktyce oko łozębicy. W ostatnich czasach, jak to stwierdził R ö s e, udowodniono oddziaływanie tych pokarmów na uzębienie, na jego czynności i kolor. W najrozmaitszych stadiach choroby muszą obowiązywać jaknajdokładniejsze przepisy dietetyczne.

Wyniki L e v e l l'a i L a n g r o t h'a stwierdzają poprawę lub uleczenie chorób jamy ustnej, jako następstwo podniesienia ogólnego stanu zdrowia.

K u t h a n poleca przy okołozębicy leczenie witaminowe. Stosuje on zwłaszcza witamin „C“ codziennie 1 ampułka C e b i o n u lub Re d o x o n u czasem w połączeniu z witaminą „A“. Poleca też 3 razy dziennie 2 tabletki V o g a n u lub 20 kropli A m m i n y.

H r u s k a uważa za przyczynę pierwotną powstania okołozębicy naruszenie biologicznej równowagi ustroju. Okołozębica musi być ujęta ,jako wyraz schorzenia całego organizmu, jest chorobą braków.

F u c h s traktuje ją jako chroniczne zatrucie zwłaszcza jeśli dołączą się zaburzenia funkcji zgryzu i inne przyczyny lokalne. Niedostateczna funkcja gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu ma ogromny wpływ na ogólny stan fizyczny i duchowy człowieka. Pierwszym ważnym krokiem w leczeniu biologicznym jest pobudzenie wewnętrznego wydzielania przez pobudzenie psychiki, przezwyciężenie depresji wskutek istniejącej choroby.

F u k s poleca V i g a n t o l, skrystalizowany witamin „D“ w roztworze oleju, który po użyciu podnosi u pacjenta potencję, chęć do pracy i zadowolenie z życia. Poleca też wspomniany już wyżej C e b i o n, działający szybko, widocznie i tańszy. Oba witaminy mogą być brane na zmianę. W spisie potraw muszą być: kartofle, sałata, szpinak, kalafior i jarzyny delikatne, strugane jak np. marchew. Poleca on możliwie mało mącznych potraw i cukru, mało mięsa i jajek, zato obficie owoce.

W początkach żucie niegotowanego pożywienia powoduje różno-

rodne utrudnienia dla chwiejących się zębów, lecz po kilku dniach te mijają. Wychowanie pacjenta do wydajnego żucia jest ważnym warunkiem do wyleczenia okołozębicy. Należy pacjentów skłaniać do konieczności przestrzegania wszelkich przepisów. Tymi metodami można, zdaniem F u c h s a i innych, doprowadzić chore zęby do funkcji i przez staranne odżywianie uniknąć ciężkich nagromadzeń kwasu moczowego.

D a w i d o f f traktuje okołozębicę z uwzględnieniem zaburzeń przewodu pokarmowego jako momentów etiologicznych oraz klinicznych i eksperymentalnych badań racjonalnej organospecyficznej terapii paradentozy.

D a w i d o f f poddaje krytyce metody leczenia szeregu autorów. Według niego sposób leczenia R o s t a przez gorące okłady z mułu na obie szczęki przy użyciu specjalnych bandaży nie jest bez wpływu dla oddychania i innych momentów, tymbardziej, że ostyganie mułu następuje bardzo szybko. Traktuje też o leczeniu pobudzającym gruczoły do zwiększonej produkcji hormonów, co prowadzi do korzystnego wpływania na proces paradentotyczny przez polepszoną hormonizację dziąseł oraz przez podniesienie ogólnego cielesnego i psychicznego tonus.

D a w i d o f f opisuje terapię H u l i n a t. zw. sklerozy głębokiej. Histologiczne stany wpływu dotychczasowej terapii wykazały powierzchownie położoną tkankę sklerotyczną. H u l i n wpadł na pomysł przeszczepiania tych sklerotycznych zmian tkankowych z powierzchni do głębi tkanek. Znaczenie sklerozy jako czynnika terapeutycznego w medycynie ogólnej zostało stwierdzone, jednak w zastosowaniu przy okołozębicy wymaga dokładniejszych badań.

D a w i d o f f w leczeniu paradentozy wkracza na drogę s p e c y f i c z n e j o r g a n o t e r a p i i, twierdząc, że każdy narząd utrzymać się może w swej czynności i postaci przez hormony, które sam przygotowuje. Organopreparat nie jest bezpośrednio skierowany przeciwko chorobie, tylko pozbawiony odporności narząd tak wzmacnia się i regeneruje, że sam sobie pomaga. W organopreparatach chodzi o środki, które stanowią materiał zastępczy dla chorych narządów, lub wprowadza się środki drażniące, które pobudzają błędnie pracujące narządy do normalnej pracy. D a w i d o f f akcentuje, jako jedno z głównych przyczyn okołozębicy, mniejszą wartość zawiązku układu zębowego i szczękowego, wyrażającą się w specyficznej słabości i braku odporności. K u h l o głosi dobre wyniki pry korzystaniu V a d u r i l u, ekstraktu organowego z zarodków zębów cielęcych. Na pewne postacie schorzeń wpływa on korzystnie. Dostarcza się go: 1) W f o r m i e t a b l e t e k 2 - 3 razy dziennie (200—400 tabletek). 2) W f o r m i e i n i e k c j i podskórnej lub domięśniowej 2 - 3 razy tygodniowo do fałdy przedsionka. Można też stosować kombinację obu form.

D a w i d o f f stwierdza, że działanie V a d u r i l u nie jest w stanie na stałe korzystnie wpłynąć na okołozębicę i to tylko na

niektóre formy. Kierunek podstawowy postępowania terapeutycznego widzi on w zwalczaniu chronicznych zaburzeń dróg trawiennych, za objaw których uważa on okołozębicę. Bierze za podstawę ideę organoterapii, stosując „V e n t r a e m o n“, preparat z wysuszonej śluzówki żołądka, znany z użycia przy zaburzeniach trawiennych i silnej anemii.

Środek ten prowadzi do podniesienia stanu ogólnego i poprawy tkanek dotkniętych paradentozą. Ponadto zaobserwował podniesienie wartości fosforu i znormalizowanie ilości wapnio-fosforowej we krwi i surowicy, co doprowadza do pobudzenia schorzałych sił leczniczych i do przyjęcia nanowo fijologicznej czynności żołądka, potwierdzając się w całkowitym trawieniu białek, które dalej prowadzi do podniesienia tonus komórkowego i do polepszenia w układzie wegetatywnym. Dalej przychodzi do obniżenia cyrkulacyjnej niedoczynności w okołozębiu i do sprzyjającego wpływania czynności koagulacyjnej krwi. Pierwsza oznaka działania terapeutycznego w takich wypadkach da się stwierdzić na dziąsłach, w których wszelkie leczenie aktywujące i miejscowe nie dopisało. Uciążliwe krwawienie z dziąseł uspakaja się, hipertroficzne dziąsła stają się sprężyste i nabierają lepszego bladoróżowego koloru, przychodzi do spłaszczenia kieszonek, tkanki układają się mocno naokoło korzenia. Przy hyperleukocytarnej, pyorrheicznej postaci okołozębicy stwierdza autor znaczne zmniejszenie się ropienia i wydzieliny.

G r ö s c h e l prowadzi do konieczności wczesnej diagnozy oraz jest zwolennikiem lokalnego i ogólnego leczenia ze współpracą internisty. Leczenie lokalne konserwatywne medykamentami i chirurgiczne należy wspierać przez leczenie odciążające, przez wyrównanie zgryzu, zlikwidowanie anomalii, protetyczne uzupełnienia, osłabienie objawu Karoly‘ego i leczenie fiksacyjne przez oszynowanie. Ręka w rękę powinna postępować praca internisty przez organoterapię.

G u t e n s o h n opisuje objaw K a r o l y‘e g o, polegający na sprasowywaniu i zgrzytaniu zębami zwłaszcza u ludzi młodych, wywołany przez skurcze mięśniowe żwaczy przy stanach chorobowych układu nerwowego, przy fizycznym i duchowym napięciu.

V o g t widzi przyczynę tego w obronie ustroju przed niedoczynnością, ponieważ przy dzisiejszej sztuce kulinarnej żwacze nie odczuwają zmęczenia. W następstwie są starte powierzchnie, nadłamania zębów, zmiany ich położenia, rozluźnienie i wreszcie okołozębica.

Leczenie musi polegać na usunięciu skurczów przez leczenie p s y c h o t e r a p e u t y c z n o - a n a l i t y c z n e H e i n r i c h a, doprowadzenie do większej używalności zębów, leczenie homeopatyczne i zlikwidowanie ewentualnych przeciążeń.

W a n n e n m a c h e r twierdzi, że funkcja zgryzu jest ważna w etiologicznym badaniu paradentozy, a w ślad za tym i terapii. Można zauważyć paradentozę u psychopatów. Z ogólnym konfliktem życiowym związek neuralgicznego stanu z miejscowymi objawami usz-

kodzeń zębów wykazał F r o h m a n. Uzasadniona terapia musi się składać z części niespecyficznej, czysto lekarsko-dentystycznej pomocy przez usunięcie przyczyn zewnętrznych i z części specyficznej, polegającej na ujęciu przyczyn konstytucyjnych i psychogenetycznych.

Niektórzy z autorów są zwolennikami l e c z e n i a p r o t e t y c z n e g o przez stosowanie szyn lub mostów (Z a n n o n i, B u r d z t - J a r g e n s e n). Protezy muszą odpowiadać względom kosmetycznym i funkcyjnym, powinny zachować równowagę artykulacyjną.

Ponieważ niektóre formy okołozębicy opierają się leczeniu zachowawczemu, wielu autorów skłania się w kierunku leczenia r a d y k a l n e g o, o p e r a c y j n e g o. (M e t o d y W i d m a n n, N e u m a n n, Y o u n g e r, S a c h s), oczywiście poprzedzone zdjęciami Roentgen'owskimi. Przeciwko chirurgicznemu leczeniu przemawia przede wszystkim fakt, że dziąsła otrzymują po operacji najczęściej zły kosmetyczny wygląd, że wolno leżące szyjki zębów są bardzo wrażliwe i że przy współistnieniu schorzenia ogólnego nie jest ono bez niebezpieczeństwa.

O s t m a n w przeciwieństwie do innych autorów nie uważa gingiwektomii za konieczną, ale radzi przy obecności kieszonek w okołozębicy naciąć śluzówkę i okostną, ziarninujący nabłonek usunąć i zeskrobać dokładnie cement. W dalszym ciągu leczenie specjalne V i w o c o l l e m.

Różnorodność objawów okołozębicy zmusza nas w poszukiwaniu dróg terapii do zwrócenia uwagi poza przyczyną lokalną na całego człowieka z jego konstytucją i sumą jego życiowych wzruszeń.

PIŚMIENNICTWO.

B e l d i n g. Pyorrhoe, eine spezifische Krankheit: Ursache und Behandlung Dent. Sei. J. Austral. 9, 1937. Arsen und Wismut gegen Gingiwitis und Paradentose. Dtsch. Z. W. 1935, 9.

B o n i s. Erfahrungen der Paradentosebehandlung. Zahnärztliche Rundschau 1927, 42.

D a w i d o f f. Die Paradentose unter besonderer Berüchsichtigung der Störungen des Verdauungstractus als ätiologischer Momente und Klinische und experimentelle Untersuchungen einer rationellen organspezifischen Therapie bei derselben. Z. R. 1937, 3, 4, 17, 18.

D r e s s e l. Zur Ultraviolett Therapie in der. Zahn- und Karsten- heilkunde. Z. R. 1935, 10.

F i s c h e r. Beitrag zur Paradentosebehandlung in der Sozialversicherung. Z. R. 1937, 14.

F u c h s. Die biologische Heilung der Paradentose. Z. R. 1936, 19.

G e i e r. Die technischen Massnahmen bei der Paradentose Therapie. Z. R. 1935, 12.

G o t t lie b. Paradentalpyorrhoe und Alweolaratrophie. Z. R. 1927, 20.

G r ö s c h e l. Paradentose. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1937, 2.

G u t e n s o h n. Kaumuskelkrämpfe und Paradentose. Z. R. 1937, 12.

H a u e r. Das Paradentometer. Z. R. 1936, 6.

H ä u p l. Die marginale Paradentitis. Z. R. 1927, 36.

H e i n r i c h. Konstitutionelle Paradentosetherapie. Paradentium. 1937, 5.

H e i d e m a n n. Natrium - Hypochlorit bei Paradentose. Z. R. 1937, 33.

H r u s k a. Einen Beitrag zum Studium der Ätiologie der Paradentose. Revue odontologique. 1935, 9/10.

J o y e a u x. Entfernung des Zahnsteins bei Paradentose. Z. R. 1927, 38.

J u g e l. Strahlen - Therapie im Mund und Kieferbereich. Z. R. 1936, 17.

K a p p e r. Paradentose und die Möglichkeit einer Therapie. Z. R. 1927, 46.

K i f f e r. Ultraviolett - Bestrahlung und Massage in der Paradentose - Behandlng. Z. R. 1937, 14.

K i v i m ä k i: Suomen Hanunasläākäri Seuran Toimitugsia 1936. Nagra synpunktes pa paradentosfragen. Odont. Fidskr. 1936, 3.

K r ü g e r. Ueber ein neues Unterstützungsmittel zur Durchführung einer zweckmässigen Medikamentosen Paradentose-Therapie. D. Z. W. 1935, 9.

K u h l o. Vaduril ein Hormonpräparat für die Behandlung für Karies und Paradentose. Z. R. 1937.

K u t h a u. Die Vitaminbehandlung von Zahnfleischeblutungen, Gingiwitis und Alwedarpyorrhoe Ars. medici. 1937, 2.

L a n g e r. Paradentol. Z. R. 1937, 28.

L a n d s b e r g e r. Paradentose und fokale Infektion. Z. R. 1937, 50.

L i nka. Beitrag zur Pathogenese und Therapie der Paradentose. Paradentium. 1937, 1.

L i p s c h i t z. Zur Therapie der Paradentose. Z. R. 1927, 42.

L i s s e r und S h e p a r d s o n. The relation of Endocrinopathies und Calcium Metabolism to abnormal conditions of the Freth, espacially Paradentosis. Dent Cosmos 1936, 78.

L u t s c h. Ueber die Bedeutung von Sulforizin - Oleaten für die Prophilaxe und Therapie der Paradentose. Z. R. 1937, 50.

Beitrag zur lokalen Therapie der Paradentose und Mundschleimhaut - Erkrankungen. Z. R. 1936, 5.

M a k s a j d o w s k a. Ostatnie wyniki badań nad patogenezą i leczeniem okołozębicy (paradentozy) przedstawione na Międzynarodowym Kongresie Arpa w Kopenhadze w sierpniu 1937 roku. Dwumies. Stomatolog. 1937, 6.

M a r t i n y. Die Anwendung von Cytozon in der Paradentosetherapie. D. Z. W. 1937, 6.

M e i s s. Beitrag zur medikamentös unterstützen den Behandlung der Paradentosen durch Kamillosan. Z. R. 1927, 22.

M ü l l e r. Ätiologie und Behandlung der Paradentose. Z. R. 1936, 37.

Die Verwendung der Diathermie bei der Paradentosebehandlung. Z. R. 1936, 41.

N a d o l s k a. Czynnik urazowy w patogenezie schorzeń okołozębia w świetle literatury ostatnich 5 lat. Dwum. Stom. 1936, 6.

O e s t m a n. Paradentose. Z. R. 1927, 17.
Die amputationslose Behandlung der Taschenbildung bei Paradentose. Z. R. 1937, 45.
P o s t e m a. Homöopatische Behandlung der Paradentose. Hipokrates 1936, 42.
R ö m e r. Ueber Paradentose und Alveolarpyorrhoe. Z. R. 1927, 20.
S c h n e i d e r. Ueber die Behandlung der Paradentose durch Dentiferm. Z. R. 1937, 2.
S z a b ö. Das Paradentoseproblem vom allgemein medizinischen Gesichtspunkt aus Medizinischen Klinik 1936, 48/49.
S z e p e l s k i. Znaczenie stężenia jonów wodnych w chorobach okołozębia. Dwum. Stomatol. 1937, 6.
W e s k i. Beiträge zur Indikationsfrage in der Paradentose-Behandlung. Z. R. 1927, 36.
Die Aktivirungstherapie der Paradentose Paradentium 1936, 1.
Paradentopathien und Paradentose - Paradentium. 1937, 8.
W e s t i n - G ö s t a. Begreppet paradentos Odont. Tidsler. 1936, 3.
W i d m a n. Welche Behandlung der Alwedarpyorrhoe ist vorzuziehen: Die operative oder die medikamentöse. Z. R. 1937.
W i t z e l. Ueber die Behandlung mit Kamilosan. Z. R. 1927, 15.

—o—

Z Kliniki Protetyki Dentystycznej Akademii Stomatologicznej w Warszawie.
(Kierownik: Doc. Dr med. W. CYBULSKI).

Lek. dent. abs. med. MARIA WESOŁOWSKA. *Warszawa.*
st. asystent Kliniki.

Poglądy Korneliusza Celsa na choroby jamy ustnej w porównaniu ze współczesnymi poglądami.

Poglądy Korneliusza Celsa na choroby jamy ustnej, zebrane na podstawie jego ksiąg o lecznictwie, są raczej zestawieniem szeregu objawów chorobowych oraz zbiorem pewnej ilości przepisów skutecznych przy zwalczaniu poważnych objawów. Te praktyczne wskazówki, stosowane zarówno przy schorzeniach jamy ustnej jak i przy leczeniu cierpień ogólnych, odbiegają znacznie od współczesnych pojęć i metod leczniczych. Rozwój wszystkich gałęzi medycyny nie pozostał bez wpływu na stomatologię, zaznaczając się rozszerzeniem i pogłębieniem wiedzy w tej dziedzinie. Chociaż, wyłączną prawie przyczyną chorób jamy ustnej jest ząb (ropień przyzębia), nie możemy pominąć innych schorzeń, z którymi się spotykamy. Dlatego, w celu wyczerpania całości, uwzględnię, choć pobieżnie, wszystkie działy nowoczesnej stomatologii i pominę podział autora, polegający na ułożeniu schorzeń w pewne grupy zależne od sposobu leczenia. Autor zajmuje się wadami rozwojowymi, a więc rozszczepami, niedorozwojem lub przerostem szczęk.

Schorzenia te nie są częste, a jednak zmiany jakie zewnętrznie

wywołują, powinny były zwrócić uwagę lekarza. Jeśli o nich nie ma wzmianki w księgach o lecznictwie, to może były wówczas jeszcze bardziej rzadkie lub wogóle nie występowały. Sądzić o tym możemy per analogiam z nieprawidłowościami całego uzębienia i poszczególnych zębów. Wady te rozwijają się coraz więcej, w miarę ogólnego postępu i rozwoju sztuki kulinarnej, dzięki której spada znacznie wydajność pracy uzębienia. Stwierdzić to możemy, porównując uzębienie ludności wiejskiej i miejskiej, nie mówiąc już o uzębieniu europejczyków i ludów o niższym stopniu kultury. Wady uzębienia wyrażają się pod postacią nieprawidłowego czasu i miejsca wyrzynania się zębów, nieprawidłowej ilości zębów, oraz nieprawidłowego kształtu i struktury zęba. Zmiany powyższe wywołują schorzenia miejscowe i ogólne, wpływają ujemnie na wartość osobniczą pod względem fizycznym jak i psychicznym. Należy więc zwrócić na nie uwagę lekarzom pediatrom, gdyż oni pierwsi stykają się z dzieckiem i mają możność wczesnego spostrzeżenia zmian, ponieważ początek nieprawidłowości może sięgać okresu niemowlęctwa. Leczenie nieprawidłowości polega na regulacji.

Za pierwszą i pewnie najstarszą wzmiankę o zabiegu regulacyjnym, można by, nie przesądzając dzisiejszej wartości, uważać następujące zdanie Celsa: „jeśli u dziecka wyrasta ząb nowy, zanim wypadł mleczny, trzeba ten oskrobać i wyjąć, a nowy uciskać codziennie palcem, dopóki dojdzie do należytej wysokości". Niewiele miejsca w swym dziale poświęca autor chorobom twardych tkanek zęba według dzisiejszego podziału.

Leczenie „spróchniałego zęba" zgadzałoby się częściowo z obecnym postępowaniem. „W tym miejscu, gdzie „c z a r n o ś ć", należy ząb oskrobać i pocierać roztartym kwiatem różanym z dodaniem 4 części dębianek i tyleż mirry". Powyższe możnaby porównać z oczyszczeniem ubytku próchnicowego i odkażaniem przy pomocy antyseptyków. Dalsze wskazówki jak okrywanie i nacieranie głowy, płókanie szczerym winem, częste przechadzki, straciły swą wartość, jeśli chodzi o choroby tkanek twardych zęba. Unikanie zaś pewnych pokarmów nie ma celu, gdyż, po odpowiednim ukształtowaniu ubytku, pozostały brak zębiny i szkliwa uzupełniamy przy pomocy różnego materiału.

W księgach o lecznictwie nie znajdujemy podziału schorzeń i odpowiednich sposobów leczniczych, których dziś używamy.

Natomiast w rozdziale „o bólu zębów" zapoznajemy się z długim szeregiem leków i sposobem ich zastosowania, służących do zwalczania według Celsa „najcięższej męczarni", którą jest ból zęba. Dziś zdajemy sobie sprawę, że ten przykry ból spowodowany jest specjalnymi warunkami anatomicznymi, w jakich znajduje się miazga.

Postępowanie w sprawach chorobowych zębów jest naogół znane wszystkim lekarzom, dlatego podam, jako bardziej ciekawe, niektóre sposoby polecone przez Celsa. „W razie bólu zęba należy na razie wstrzymać się od jedzenia, następnie spożywać w umiarkowanej ilo-

ści pokarmy miękkie, aby nie drażnić zęba przez żucie. Nastęnie maścią z olejku cyprysowego lub kosaćcowego, rozsmarowaną na wełnie, głowę owijać. W razie większego bólu okładać z zewnątrz ciepłymi kataplazmami i przetrzymywać w ustach płyn z odpowiednimi lekarstwami". Leki są sporządzane z różnych korzeni, jagód, skórek i t. p. na rozcieńczonym winie lub occie. Tak np. korę korzenia białej topoli, przygotować trzeba na winie, a róg jeleni skrobany albo kotopastkę ze smolnym łuczywem na winie miodowym, a korzenie lulka na wodzie z octem. Można też zgłębnik owinięty watą zanurzyć do ciepłej oliwy i tym bolący ząb nagrzewać.

Dalej podaje autor używaną przez niektórych receptę: myrrhae cardamoni aa P. I. croci, pyrethri, ficorum, piperis aa P. IV, sinapis P. VIII.

Wszystkie składniki należy rozetrzeć i rozsmarować na płatek, przykładać na ranie z tej strony, z której ząb boli. Jeśli boli ząb górnej szczęki, przykłada się płatek bliżej łopatki, zaś jeśli ząb dolnej szczęki, bliżej piersi. Środek ten łagodzi ból, lecz po jego ustąpieniu należy natychmiast go usunąć. Ze środków łagodzących ból zębów trzonowych, najbardziej skuteczny jest lek przyrządzony według następującego przepisu: croei P. I, cardamoni, thuris fuliginis ficorum, piperis, pyrethri aa P. IV, sinapis P. VIII.

Z podanego materiału możemy sądzić, jak zapatrywano się na zębolecznictwo. Postępowanie ograniczało się tylko do tak zwanego popularnie „zatruwania zęba" (devitalisatio pulpae) bez późniejszego usunięcia miazgi z komory i kanałów. Również nie mogło być mowy o wypełnieniu kanałów po wyleczeniu i odbudowaniu brakujących części koronowych.

Do ówczesnych przepisów lekarskich zalicza się następujące rady: jeśli ból zęba zmusza do pozbycia się zęba, należy włożyć w otwór złuskane ziarnko pieprzu, albo takąż jagodę bluszczową, które ząb kruszą, poczym on kawałkami wypada; można także ością ryby płaszczki (pastinaca) wyprażoną, utartą i żywicą zarobioną otoczyć ząb, poczem on wypada; ałun łupny włożony do spróchniałego zęba też go rozluźnia. Prócz tych wskazówek lekarskich wymienia autor środki stosowane przez lud.

„W razie bólów zębów wyrwać ziele dzikiej mięty z korzeniami i wrzucić do naczynia; napełnić je wodą i ustawić obok siedzącego chorego pokrytego odzieżą; poczem wpuszczać w naczynie rozpalone krzemienie, aby w wodzie się zanurzały i kazać choremu zewsząd otulonemu przy otwartych ustach wciągać parę. Wtedy występują obfite poty, z ust wypływa ciągle śluz, poczem cierpienie na długi czas zstępuje, częstokroć na cały rok".

Wiemy, że stany chorobowe miazgi mogą się przenieść drogą ciągłości na ozębną, kość, okostną, śluzówkę i spowodować czasem znaczne powikłania. Jednym ze skutków po przebyciu powyższych procesów, jest osłabienie umocnienia zębów z powodu zaników i blizn. Wiemy bowiem, że o dobrym umocowaniu zęba, decydują dwa czyn-

niki: zdrowa ozębna i kość. Wszystkie czynniki, które ten stan naruszają, rozluźniają utrzymanie zęba.

Prócz spraw zapalnych różnego charakteru i wszelkich urazów wpływa także na powstawanie, okres trwania lub szybkość ustępowania stanów chorobowych, konstytucja i kondycja pacjenta. Zwłaszcza choroby z zakresu przemiany materii powodują zmiany w utkaniu kostnym wyrostka zębodołowego, prowadząc do jego przedwczesnego zaniku, a w wyniku do rozchwiania i wypadania zębów.

Chwianie zębów uważa Celsus za „skutek osłabienia korzeni i więdnięcia dziąseł" i poleca odpowiednie leczenie:

„Przypalać lekko, dotykając dziąsła rozpalonym żelazem. Po przypaleniu smarować miodem i wypłókać winem miodowym. Po oczyszczeniu rany, posypać suchymi środkami ściągającymi". Widzimy więc, że zarówno charakter schorzenia, jak i leczenie różnią się od obecnego. Dzisiaj staramy się usunąć przyczynę wywołującą stan chorobowy, a następnie wzmocnić utrzymanie zęba. Jeśli przyczyny tkwią w ogólnym usposobieniu pacjenta, przeprowadzamy w tym kierunku leczenie, a potym lub jednocześnie, leczenie miejscowe.

Zabiegi miejscowe sprowadzają się do usunięcia przeciążenia zgryzu, kamienia nazębnego, środków ściągających, specjalnego oczyszczenia uzębienia i t. p.

Do jednego z ważniejszych rękoczynów, należy również ustalenie chwiejących się zębów przy pomocy wiązań ligaturą, szyn różnego rodzaju lub odpowiednio dostosowanych protez. O umocowaniu chwiejących się zębów, mamy również wzmiankę u Celsa. „Chwiejące się zęby wskutek uderzenia czy innego wypadku, wiązać drutem złotym do innych dobrze siedzących i trzymać w ustach środki ściągające jak wino przegotowane ze skórkami granatowymi albo zaprawione prażonymi dębiankami".

Przechodzę obecnie do spraw związanych z chirurgią jamy ustnej. Na pierwszy plan wysuwają się, znane każdemu zabiegi usuwania zębów.

Usuwanie bolącego zęba było w I wieku naszej ery koniecznością, dziś jednak być nią nie powinno, mimo, że wykonanie tego zabiegu uległo znacznemu udoskonaleniu.

Zdobylismy dzięki uśpieniom i znieczuleniom umiejętność usuwania bólu, nie posunęliśmy jej jednak zbyt daleko w kierunku zapobiegania chorobom. Zabieg usunięcia zęba wykonuje się, jeśli według autora użyte lekarstwa nie skutkują. Należy go zacząć od „oskrobania zęba" dla ogołocenia z dziąsła, a potem wstrząsać tak długo, aż się obrusza i dopiero potem usunąć, jeśli można ręką, lub gdy się nie udaje, cęgami".

Obecnie przy zwykłym usuwaniu zęba nie stosujemy „oskrobywania dziąsła", gdyż tkwi on w kości, przymocowany za pomocą ozębnej i usuwanie śluzówki z kości nie przyczyni się do rozluźnienia jego utrzymania.

Czynność tę jednak możnaby porównać z wykonywanym przy dłutowaniu nacięciem śluzówki i oddzieleniem jej wraz z okostną od kości. Wstrząsanie zęba porównać można z dzisiejszym wyważaniem przy pomocy ruchów wahadłowych lub obrotowych w celu zwichnięcia wyjęcia zęba z zębodołu. Obawy Korneliusza Celsa przed powikłaniem w postaci „zwichnięcia dolnej szczęki lub wstrząśnienia oczu i skroni przy usuwaniu mocno tkwiącego zęba“, są częściowo uzasadnione. Istotnie, przy usuwaniu zęba dolnego może się zdarzyć zwichnięcie żuchwy, zaś przy wyjmowaniu górnego nie tyle o wstrząśnienie wyżej wymienionych kości chodzi, ile o odłamanie wyrostka zębodołowego lub stworzenie połączenia między jamą ustną a jamą Highmora.

Są to powikłania zdarzające się częściej od innyh. Chcąc uniknąć odłamań wyrostka zębodołowego, poleca autor zniszczony ząb wypełnić skubanką albo dostosowanym kawałkiem ołowiu, aby się nie skruszył pod kleszczami i następnie wyjmować w kierunku prostym. Według Celsa odłamanie części kości zdarza się zwłaszcza przy braku uchwytu zęba, lub przy krótkich zębach, które zazwyczaj mają dłuższe korzenie. Z tymi ostatnimi nie godzą się obecne wiadomości z zakresu budowy zęba. Z reguły bowiem, jeśli korona jest krótka, korzeń jest również krótszy i odwrotnie z zachowaniem odpowiedniej roporcji. Złamania kości rozpoznajemy przy pomocy szeregu objawów, między innymi zwracamy także uwagę na krwawienia zwłaszcza przy złamaniach z uszkodzeniem okostnej lub z przerwaniem ciągłości powłok.

Natomiast według autora, nadłamania poznajemy po odpływie krwi w większej niż należy ilości. Na zasadzie tego jednego objawu nie moglibyśmy ustalić dziś rozpoznania, gdyż krwawienia zjawiać się mogą niezależnie od złamań z przyczyn ogólnych czy miejscowych, nawet po usunięciu zęba „lege artis“. Według Celsa należy szukać odłamka kości zgłębnikiem i wyjąć go szczypczykami lub jeśli zajdzie potrzeba, naciąć dziąsła. Tak samo nie można pozostawiać złamanego korzenia w zębodole i należy go natychmiast usunąć z pomocą specjalnych kleszczy zwanych przez Greków „Rhizagra“.

Nie wchodząc w szczegóły wykonania powyższych zabiegów, widzimy, że postępowanie chirurgiczne nie odbiegło znacznie od pierwowzoru, mimo dzielących nas od tego okresu 19-tu wieków.

Gdybyśmy według autora odłamanego kawałka kości nie usunęli, szczęka nabrzęka i chory nie może otworzyć ust.

„Wówczas trzeba okładać szczękę kataplazmem z mąki i fig, aż zbierze się ropa i wtedy naciąć“.

Wystąpienie obrzęku i niemożność otwierania ust nie jest zawsze związana z odłamaniem kości.

Objawy te występują zarówno przy stanach zapalnych części kostnych, jak i otaczających tkanek miękkich. Nie zawsze też stosujemy ciepłe okłady, czyli kataplazmy, w celu zebrania się ropy, gdyż przenoszenie ciepła w formie okładów, zostało z rozwojem nauk me-

dycznych wyzyskane do leczenia całego szeregu innych cierpień ogólnych. Oprócz ciepła, częste zastosowanie mają, zwłaszcza w chorobach jamy ustnej, zimne okłady. Używamy ich do zahamowania krwawień oraz do zapobiegania przed rozszerzeniem się nacieków.

Cały system okładów bywa nieraz nie wystarczający.

Przykry ból, szczególnie przy tworzeniu się ropni podokostnowych, zmusza lekarza do przedłożenia noża ponad okład i chroni pacjenta przed dalszym rozszerzeniem się ogniska chorobowego. Polecenie wyskrobania, powstałych w kości szczelin po usunięciu odłamka, jest konieczne, zwłaszcza jeśli tym kawałkiem kości jest martwak. Natomiast obfitość ropy nie jest, jak chce autor, dowodem nadłamanej kości. Obecność wydzieliny świadczy przede wszystkim o stanie zapalnym wywołanym infekcją zwykłą lub swoistą, zaś jej ilość, o natężeniu sprawy chorobowej i obronności ustroju.

Po omówieniu złamań wyrostka zębodołowego, należałoby zwrócić uwagę na złamanie szczęk pod wpływem urazów.

W księgach o lecznictwie, złamania górnej szczęki są wogóle pominięte, natomiast uwzględnione są w niedużym zakresie złamania żuchwy.

Na specjalną uwagę zasługuje spostrzeżenie autora: „odłamki, które w innych kościach oddzielają się jeden od drugiego, w szczęce nawet potłuczone kości trzymają się zawsze w jakimś miejscu". Ze względu na coraz większą liczbę urazów spowodowaną rozwojem nowoczesnej techniki i sportu, nie mogę zupełnie tego działu pominąć.

Specjalne warunki anatomiczne szczęk wskutek ich łączności z wyrostkiem zębodołowym i zębami, winny zmusić lekarza do dokładnej znajomości tej dziedziny, by uchronić pacjenta przed kalectwem.

Leczenie według Celsa polega na wprowadzeniu odłamków na właściwe miejsce i związaniu, przy złamaniu poprzecznym włosiem końskim zębów obydwu odłamków. Inne złamania żuchwy ustala się przy pomocy podwiązki z płótna lub miękkiego rzemienia, obejmującej brodę i zawiązanej na głowie.

Obecnie leczenie polega na zastosowaniu szeregu aparatów opierających się o zęby. Mogą być one zastosowane wewnątrz jamy ustnej lub być wprowadzone na zewnątrz i mieć oparcie na czepcu pokrywającym głowę. Wszystkie te aparaty mają sprowadzić odłamki na właściwe miejsce i ustalić je w tym położeniu do czasu powstania trwałej bliźny kostnej.

W dziale chirurgicznego leczenia chorób jamy ustnej, umieszcza Celsus postępowanie przy wydłużeniu języczka, podcinaniu języka oraz usuwaniu stwardniałych migdałków. Przy wykonywaniu zabiegów operacyjnych zwraca uwagę na stosowanie środków hamujących krwawienie. Prócz zalecanych środków tamujących (np. sucha skubanka maczana w occie) stosuje ówczesny lekarz przy większych krwotokach podwiązywanie naczyń, o czym świadczy następujące

zdanie: „schwycić żyłę obok zranienia i podwiązać w dwóch miejscach i w środku przeciąć, aby jej końce skurczyć się mogły, a mimo to ujścia ich były zatkane“.

Stosowanie tego rękoczynu przez lekarzy rzymskich, jest godne zastanowienia.

Chcąc dać całokształt nowoczesnego leczenia chorób jamy ustnej, nie mogę pominąć działu uzupełnienia braków.

Uzupełnienie to osiągamy przez dobrze wykonaną protezę.

Protezy znane już były w starożytności.

Świadczą o tym wykopaliska fenickie, etruskie i z czasów cesarstwa rzymskiego. Milczenie rzymskiego świata lekarskiego w tej dziedzinie pozwala przypuszczać, że uzupełnienia z punktu widzenia lekarskiego były bez wartości.

Protezy starożytne nie tylko nie odtwarzały warunków normalnych, lecz wręcz przeszkadzały, nie przynosząc żadnej pomocy.

Celsus nie chciał pewnie wiedzieć o robotach, które wykonywali felczerzy, choć były to prace na ówczesne czasy mistrzowskie i o których wciąż mówiono, o czym świadczą okolicznościowe wiersze pisane przez Martial‘a (64 r. po Chr.).

Protezy nowoczesne nie posiadają już błędów protez starożytnych. Wartość lekarska protez polega dzisiaj nie tylko na uzupełnianiu braków, ale i na leczeniu schorzeń ogólnych, które powstały wskutek tych braków.

PIŚMIENNICTWO.

A. Corn. Celsi. De medicina libri octo.
O lecznictwie ksiąg ośmioro, na język polski przełożył Dr med. i chir. Henryk Łuczkiewicz. 1899. Wyd. Imien. dr med. J. Mianowskiego.

A. Oehrlein. Leitfaden der Zahnersatzkunde 1929.

Scheff-Pichler. Handbuch der Zahnheilkunde, 1929.

K. Sudhoff. Die Geschichte der Zahnheilkunde. 1926.

---o---

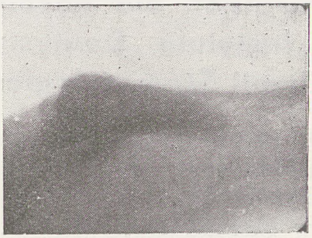
Lek. dent. dr MIECZYSŁAW KALISZ. *Łódź.*

Rzadkie przypadki zatrzymanych zębów.

I. Zatrzymany dwuguzkowiec w żuchwie u 50-letn. mężczyzny.

Chory N. St. lat 50, rosły, miernie odżywiany; przebył zapalenie płuc oraz żółtaczkę, poza tym w anamnezie nic ciekawego. Proteza kauczukowa górna i dolna. Od kilku tygodni dolna dostawka nie przy-

lega dobrze, co skłoniło chorego do zwrócenia się do lekarza. Schemat zębów następujący +2 +6 i 7—4—3—. W okolcy —4—5 po badaniu potwierdzonym zdjęciem rentgenowskim stwierdziłem dolny lewy dwuguzkowiec. Jeżeli opisuję ten przypadek, to dla formy ułożenia tego zęba zatrzymanego w żuchwie: poziomo i skręcony wokoło swej osi podłużnej, prawie jak korkociąg wklinowany w kość ramie-



Rys. 1.

nia poziomego żuchwy. Wymagało to znaczniejszego wysiłku przy jego wydłutowaniu. Sam zabieg i gojenie normalne. Rys. 1 przedstawia zdjęcie rentg. zęba w szczęce.

II. Dwa zatrzymane górne kły symetrycznie ułożone.

Chora K. Ch., lat 38. W anamnezie nic osobliwego. W górnej szczęce korzenie +4, poza tym bezzębna. W dolnej 3—, 1—, —1, —2,



Rys. 2.

—3. Przetoka w okolicy kła lewego górnego oraz zdj. rentg. Stwierdzono obecność zatrzymanych kłów górnych. Oba skośnie, zbieżnie i symetrycznie do siebie ułożone. Wydłutowanie bez specjalnych trudności. Gojenie normalne. Rys. 2.

Z Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akademii Stomatologicznej w Warszawie
(Kierownik: Prof. Dr K. SZEPELSKI).

Lek. dent. JULIUSZ KONSTANTIN. *Warszawa.*
starszy asystent Kliniki.

O doktoratach dla absolwentów b. Państwowego Instytutu Dentystycznego obecnie Akademii Stomatologicznej.

(Referat wygłoszony na III. Zjeździe lekarzy dentystów absolwentów b. P. I. D. ob. Akademii Stomatologicznej . Warszawa, 31.X. i 1.XI. 1937).

Tytuł naukowy, a w szczególności tytuł doktora, stanowi ukoronowanie długich, bo kilkunastoletnich studiów. Tytuł ten nie będący dziełem przypadku ani urodzenia, nie tworzy z osób, które go posiadają, kasty ludzi uprzywilejowanych, ale zespół ludzi poświęcających się nauce i zużytkowujących swą wiedzę dla dobra społeczeństwa, które darzy ich swym zaufaniem.

Jeżeli chodzi o karierę uniwersytecką, stopień doktora stanowi konieczny warunek habilitacji.

Niezależnie od tego tytuł doktora nauk lekarskich ma jeszcze swą odrębną cechę, która łączy się ściśle z kwestią autorytetu lekarza i wykonywaniem praktyki lekarskiej.

Jakkolwiek ta — że się tak wyrażę — praktyczna strona posiada swoje doniosłe znaczenie, to jednak waga tego zagadnienia leży w płaszczyźnie czysto naukowej. Wiąże się ta kwestia ze szczytnym dążeniem, aby jak najwięcej Polaków w szlachetnej rywalizacji z innymi narodami wniosło poważny wkład do rozwoju naszej gałęzi wiedzy lekarskiej.

Cel ten osiągniemy przyciągając jak najszersze rzesze absolwentów do pracy naukowej, w której powinna wziąć udział cała młodzież kończąca Akademię Stomatologiczną. Niech więc każdy z nas dołoży swą skromną cegiełkę do budowy wspaniałego gmachu rozwijającej się u nas wiedzy dentystycznej. W doktoratach widzimy zatem nie cel a środek zachęcający absolwentów do dalszej pracy naukowej po opuszczeniu murów uczelni.

Wychowankowie uczelni w czasie pobytu w niej pod kierunkiem swoich profesorów kształcą się i uzyskują wiadomości potrzebne do przyszłego wykonywania zawodu i do tego dostosowany jest program nauczania. W obrębie tego programu niema miejsca na samodzielne badania poświęcone problemom naukowym. Dopiero po ukończeniu ramowych studiów młodzi lekarze, ubiegający się o wyższy stopień naukowy mogą poświęcić się ich rozwiązywaniu. Problemów tych

jest bardzo dużo w młodej i rozwijającej się stomatologii. Ta gałęź wiedzy, upośledzona do nie dawna w porównaniu z innymi działami medycyny, dochodzi do głosu co raz silniej i stara się dorównać w rozwoju innym działom medycyny.

Przez pracę nad uzyskaniem tytułu doktora, absolwenci Akademii Stomatologicznej podejmują samodzielny wysiłek mający na celu wzbogacenie wiedzy nowymi obserwacjami i odkryciami. Nie chcę przez to twierdzić, że muszą one mieć epokowe znaczenie, gdyż odkrycia epokowe w medycynie, podobnie jak i w innych gałęziach wiedzy, są to błyskawice, które rozświetlają drogę i wskazują kierunek na dziesiątki lat. Za tymi genialnymi odkryciami musi kroczyć masa szarych i skromnych pracowników, która żmudną pracą w laboratoriach, klinikach i bibliotekach, zbiorowym wysiłkiem, przystosowuje te odkrycia, uzupełnia je i wzbogaca szczegółami, które dopiero koncepcji genialnych uczonych nadają ich właściwe znaczenie. Nie wszystkie nazwiska tych naszych pracowników przechodzą do historii medycyny. Nie wszystkie prace są też równe co do poziomu i treści. Wiele z nich posiada charakter wyników tymczasowych, jednak wszystkie są ważne, choćby z tego względu, że wskazują, jak ustrzec się błędów. Iluż jednak pracowników przystępujących do pracy naukowej, dla uzyskania stopnia doktora, pozostaje przy niej, odkrywszy w tym właśnie zakresie swoje istotne zamiłowania i zdolności. I tak te pojedyncze cegiełki tworzą fundament dla przyszłych badań, kontynuowanych przez co raz to nowe pokolenia.

Z całym przekonaniem twierdzę, że nieuregulowana do tego czasu sprawa doktoratów odsunęła 15 roczników młodzieży, absolwentów Akademii Stomatologicznej od pracy nad problemami naukowymi. Stanowi to bezpowrotną i niepowetowaną stratę dla nauki polskiej. Nie jeden z naszych Kol. Kol., którego prace mogły być niezmiernie cenne — dla braku bodźca — odsunął się od prac naukowych, poświęcając się wyłącznie pracy zarobkowej. Rozporządzenie wykonawcze o doktoratach położy temu kres. *Niewyzyskane i leżące odłogiem talenty muszą wrócić do pracy naukowej, która może nauce polskiej zapewnić należny poziom, rozwój i stanowisko godne Wielkiego Narodu.*

Po za tym wchodzi w rachubę wzgląd natury bardziej przyziemnej, jakim jest ustosunkowanie się ogółu do stopnia doktora.

Utarł się zwyczaj, że pacjenci okazują większe zaufanie lekarzowi, który posiada wyższy tytuł naukowy. Składa się na to cały szereg przyczyn: jedną z nich jest niewątpliwie przyzwyczajenie do tytułu doktora, datujące się z owych czasów, gdy wyższy tytuł naukowy nadawano wszystkim bez wyjątku absolwentom medycyny, po złożeniu przepisanych egzaminów. Z chwilą jednak, gdy wprowadzone zostały na medycynie i pokrewnych studiach niższe tytuły naukowe, doktorat stał się czymś wyróżniającym posiadacza tytułu doktorskiego. Rozumowanie laików jest w tym wypadku proste i nieskomplikowane. Skoro dany lekarz uzyskał obok niższego tytułu nau-

kowego stopień doktora, musiał z natury rzeczy „więcej" się uczyć, a zatem więcej „umie" i tym samym zasługuje na większe zaufanie.

Nie bacząc na symplicystyczną formę, w jakiej objawia się owo „poważanie" tytułu doktorskiego ze strony ogółu, stwierdzić można, że i w tym wypadku stare łacińskie przysłowie „vox Populi vox Dei" znajduje uzasadnione zastosowanie.

Zrozumiałe bowiem, że skoro lekarz lub dyplomowany lekarz dentysta przystępują do starań o stopień doktora, jednym z głównych powodów tego kroku są pewne korzyści natury prestiżowej, jakie młody lekarz spodziewa się osiągnąć po uzyskaniu tytułu doktora.

Są to więc pobudki czysto materialistycznej natury, bo powiedzmy sobie szczerze, tylko nieznaczna ilość absolwentów medycyny czuje w sobie powołanie do pracy naukowej i nie potrzebuje bodźca, jakim jest możliwość osiągnięcia tytułu doktorskiego.

Jednakże postąpilibyśmy niesłusznie potępiając ów moment ambicji osobistej, który niewątpliwie jest w większości przypadków decydującą przyczyną ubiegania się o wyższy tytuł naukowy. Raczej powinniśmy rozwijać i popierać tę ambicję, jako zdrowy objaw, który w końcowym efekcie daje zbawienne skutki.

Jeżeli bowiem absolwent medycyny lub pokrewnej gałęzi nauk ubiega się o stopień doktora, wówczas musi w pierwszym rzędzie wykazać swe uzdolnienie do badań naukowych. Inaczej wysiłki jego nad skonstruowaniem pracy doktorskiej pójdą na marne i nigdy nie uzyska upragnionego tytułu. A zatem jak widzimy pierwszą konsekwencją dodatnią jest konieczność podjęcia naukowych badań oraz wykazanie się pewnymi zdolnościami w tym kierunku.

Pamiętać dalej należy, że pisanie pracy doktorskiej odbywa się wprawdzie pod kierunkiem profesora wyższej uczelni, lecz, że równocześnie praca ta, opierająca się na własnych badaniach naukowych doktoranta musi być samodzielnie rozwinięta. A zatem doktorant musi sobie w mniejszym lub większym stopniu wyrobić własną metodykę badań, nie mówiąc już o tym, że pisanie pracy doktorskiej wymaga przestudiowania całej znanej literatury fachowej, która dotyczy obranego przez doktoranta tematu do pracy doktorskiej. I ta właśnie samodzielność metodologiczna jest drugą zasadniczą konsekwencją dodatnią ubiegania się o wyższy tytuł naukowy.

Wspomnieliśmy wyżej, że doktorant z natury rzeczy winien przestudiować możliwie jak najgruntowniej całą dotychczasową literaturę fachową z zakresu swej pracy doktorskiej. Jeśli zważymy, że od doktoranta wymaga się samodzielności w przeprowadzaniu badań naukowych, zdolności metodologicznych i w dodatku znajomości literatury danego przedmiotu, to dojdziemy do wniosku, że trzecią konsekwencją starania się o stopień doktora jest pogłębienie wiedzy doktoranta i to pogłębienie w tej dziedzinie, jaką sobie sam obrał. I to jest trzecia i najważniejsza konsekwencja wynikająca z ambi-

cji osobistej absolwenta medycyny, który przystępuje do egzaminu doktorskiego.

Zrozumiałe, że im więcej będziemy mieli wśród praktykujących lekarzy danej specjalności ludzi, którzy zdobyli wyższy tytuł naukowy, tym wyższy będzie na ogół poziom lecznictwa w danej gałęzi wiedzy medycznej.

Lecz obok praktycznych efektów posiadają egzaminy doktorskie także ogólniejsze znaczenie. Im bowiem większa będzie liczba doktorantów tym szybciej rozwinie się dany dział wiedzy medycznej. Przecież każda praca doktorska, która zostanie przyjęta, jest sumą pewnych wysiłków i osiągnięć naukowych, a więc przyśpiesza rozwój danej specjalności.

Polska stomatologia jest stosunkowo młodą gałęzią wiedzy medycznej. Mamy wprawdzie wielu uczonych, których prace z tej dziedziny cieszą się międzynarodowym uznaniem, nie mniej jednak rozwój tej nauki w Polsce zależy od przyciągnięcia jak najliczniejszej rzeszy absolwentów do badań naukowych. Nastąpić to może jedynie na płaszczyźnie prac związanych z uzyskaniem wyższego tytułu naukowego. Zdaje się, że uzasadnienie ważności, jaką stomatologia posiada dla zdrowotności społeczeństwa, jak wyższy poziom lecznictwa w tej dziedzinie wpływa na podniesienie zdrowotności najszerszych rzesz ludności naszego Państwa — nie wymaga, — jako zbyt oczywiste — bliższego uzasadnienia.

Pogłębienie wiadomości fachowych wśród lekarzy dentystów i ich współpracę osiągnąć będziemy mogli tylko wówczas, gdy Akademia Stomatologiczna przystąpi do wydawania tytułów doktorskich. Gdyby nawet osobista ambicja pchnęła pojedyńczych kolegów do ubiegania się o stopień doktora, uważalibyśmy to za objaw dodatni i zdrowy, który należy popierać i rozwijać — w końcowym bowiem efekcie ambicja ta powoduje rozwój nauki i dźwignięcie na wyższy poziom lecznictwa stomatologicznego.

Uzyskanie stopnia doktora nauk dentystycznych dla absolwentów Akademii Stomatologicznej (b. Państwowego Instytutu Dentystycznego zostało zagwarantowane jeszcze w r. 1922 przez Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w tymczasowym statucie Państwowego Instytutu Dentystycznego, którego § 10 mówi, że: „z końcem IV roku studiów składa kandydat egzamina ostateczne i otrzymuje stopień lekarza dentysty. Stopień lekarza dentysty uprawnia do ubiegania się o stopień doktora nauk dentystycznych. Warunki uzyskania stopnia doktora nauk dentystycznych zostaną unormowane osobnym rozporządzeniem“.

Odnośne rozporządzenie o doktoratach musiał siłą faktów poprzedzić akt ustawodawczy, zaliczający ówczesny Państwowy Instytut Dentystyczny do szkół akademickich. Ustawa o szkołach akademickich z 13 lipca 1920 roku oczywiście nie mogła jeszcze objąć P.I.D.,

który w chwili ogłoszenia ustawy stawiał swe pierwsze kroki (założony dnia 17.II. 1920 r.).

Zaczęły się więc intensywne starania zarówno władz uczelni jak i młodzieży studiującej oraz absolwentów o objęcie ustawą ramową o szkołach akademickich P. I. D. Starania te były długie i mozolne. Niezliczone delegacje, wybierane na ad hoc zwołanych zebraniach młodzieży, komisji dla dochodzenia praw akademickich studentów P. I. D. a wreszcie Zarządu Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej, interweniowały bez przerwy zarówno u Władz Uczelni, Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego i Ciał Ustawodawczych.

Nieprzychylne ustosunkowanie się do Państwowego Instytutu Dentystycznego większości uniwersyteckich wydziałów lekarskich powodowało ciągłe odwlekanie ostatecznego załatwienia tej sprawy, powodując rozgoryczenie wśród młodzieży.

Starania nasze jednak zostały uwieńczone pomyślnym rezultatem, gdyż dzięki przychylnemu ustosunkowaniu się Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego oraz Ciał Ustawodawczych Państwowy Instytut Dentystyczny, przemianowany w roku 1933 na Akademię Stomatologiczną, uzyskał prawa szkoły akademickiej.

W okresie 13 lat wzmagań o akademizację P. I. D., najlepsze siły zmuszone były zrezygnować z dalszych studiów, albo wyjeżdżać zagranicę dla zdobycia wyższego stopnia naukowego, wzbogacając obcych swoją pracą i wiedzą naukową ze szkodą oczywiście tak dla polskiej wiedzy dentystycznej i piśmiennictwa dentystycznego, jak niemniej dla zdrowia obywateli naszego kraju. Pamiętać też należy, że studia zagranicą dostępne były jedynie dla kolegów bogatych, podczas gdy jednostki mniej zamożne, chociażby najzdolniejsze i najbardziej ochocze do pracy, musiały się marnować, gdyż droga do dalszej pracy naukowej była dla nich we własnym ich kraju zamknięta.

Od chwili ogłoszenia ustawy przyznającej naszej uczelni prawa akademickie mija p i ą t y rok, a art. 41. ustawy o szkołach akademickich (Dz. U. R. P. Nr 29, z r. 1933), który przyznaje nam prawo ubiegania się o stopień doktora med. dent., mimo usilnych zabiegów, nie może doczekać się urzeczywistnienia.

Zwrotnym momentem było powołanie do życia w roku 1937 przez J. M. P. Rektora Prof. Dr Jerzego Modrakowskiego komisji profesorskiej dla opracowania regulaminu egzaminu doktorskiego. Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów A. S. pozostawał w ścisłym kontakcie z członkami tejże komisji, przedkładając Jej jak i Ogólnemu Zebraniu Profesorów A. S. trzy memoriały.

Od 5-ciu lat, to jest od chwili ogłoszenia nowej ustawy o szkołach akademickich, spodziewamy się i z niecierpliwością czekamy na realizację postanowień tej ustawy w całej rozciągłości, a więc i art. 41. Wszelka zwłoka powoduje niepowetowaną szkodę w rozwoju ojczystej nauki. Spodziewam się, że z a t w i e r d z e n i e

regulaminu uchwalonego przez Radę Profesorów A. S. przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, jest tylko kwestią dni i tej nadziei daję wyraz, przedkładając na dzisiejszym zebraniu niniejszy wniosek:

III. Zjazd Absolwentów b. P. I. D. ob. A. S. odbyty w Warszawie w Auditorium Maximum Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w dniach 31. października i 1-go listopada 1937 r. uchwala:

a) zwrócić się do J. M. P. Rektora i Ogólnego Zebrania Profesorów A. S. z gorącą prośbą o podjęcie jak najenergiczniejszych starań u czynników rządowych, celem wprowadzenia w życie art. 41 ustawy o szkołach akademickich (Dz. U. R. P. 29. z 1933 r.), co umożliwi Absolwentom b. P. I. D. ob. A. S. uzyskanie wyższego stopnia naukowego, doktora med. dent.;

b) zwrócić się do Pana Ministra W. R. i O. P. z uprzejmą prośbą o łaskawe możliwie szybkie zatwierdzenie przedłożonego Mu projektu przepisów normujących sprawę uzyskania stopnia dr med. dent. w Akademii Stomatologicznej, uchwalonego przez Ogólne Zebranie Profesorów A. S.

———o———

HIGIENA JAMY USTNEJ.

Z Koła Naukowego Wzajemnej Pomocy St. Żyd. A. S.

STANISŁAW ARBUSMAN. *Warszawa.*
St. Ak. St. Czł. Koła Naukowego Wz. P.

Praktyczne wskazówki w higienie jamy ustnej według literatury Amerykańskiej.

Do jednych z najbardziej zaniedbanych działów higieny należy niewątpliwie higiena jamy ustnej. Wynika to nie tylko z małego zainteresowania szerokich rzesz tym działem, ale także na skutek niedostatecznie prowadzonej propagandy na łamach prasy codziennej oraz radia, a polegającej na uświadamianiu ludzi o skutkach, jakie zaniedbanie powyższe może wywołać. To uświadamianie powinno obznajmiać nie tylko rodziców o niezbędnej higienie jamy ustnej ich dzieci, ale także o wszystkich skutkach chorób wieku dziecięcego, jak również chorób osób starszych przenoszonych na dzieci jak np. kiła, gruźlica, krzywica i in. Zęby Hutchinsona (siekacze) oraz Forniera (trzonowce), a często także guzek Carabellego, to przecież skutek luesu nieraz nawet w dawnych pokoleniach. Choroby wieku dziecięcego (szkarlatyna, odra), odbijając się na zarodkach zębów stałych osłabiają szkliwo tych, predysponując je do próchnicy. Także do zadań lekarza dentysty należy wpojenie już w wieku szkolnym młodzieży konieczności należytego utrzymywania jamy ustnej, gdyż profilaktyka ma doniosłe znaczenie.

Amerykanie obok należytego uświadamiania ludności słusznie

twierdzą, że zwalczanie blagi reklamowej wśród medykamentów i specyfików lekarskich, mających rzekomo znakomicie zastępować porady ludzi wykwalifikowanych, a więc lekarzy, należy również do doniosłych zadań świata lekarskiego. Miliony ludzi, ulegając złudnej i kłamliwej propagandzie opartej na fałszywych i dawno zarzuconych przez świat lekarski argumentach, kupuje najprzeróżniejsze proszki i płyny do ust. Przeciętna osoba kupuje te rzeczy zupełnie przypadkowo, nie posiadając nieraz najmniejszych wiadomości z działalności zakupionych specyfików.

Kierownik działu naukowego Stowarzyszenia Lekarzy Dentystów w Ameryce pisze:

„Główną czynnością jest utrzymywanie zębów w czystości przez mechaniczne usuwanie resztek pokarmowych. Kwestja natomiast działania rozmaitych medykamentów ma znaczenie raczej drugorzędne".

Pismo Stowarzyszenia Lek. Dent. „Journal of The Association" twierdzi: ... „przypisywanie pewnym produktom wartości terapeutycznych, bakteriobójczych, czy też wzmacniających dziąsła może narazić osobę tak mniemającą na śmieszność i okazać jej kompletną ignorancję. Uwzględniając zwłaszcza, krótki czas działania tych past, (momenty działania przez zetknięcie się bezpośrednie w jamie ustnej) oraz miejsce, gdzie zwykle mogą się znajdować bakterie, a więc w kieszonkach, zachyłkach trudno dostępnych, względnie pod kamieniem nazębnym, widzimy jak wartość tych, tak szumnie reklamowanych, za nasze pieniądze środków staje się problematyczna". Jeżeli idzie o kwestię kamienia nazębnego, to nie mając żadnego wpływu na ustrój, aby go nie wytwarzał, staramy się go usunąć przynajmniej w porę, aby nie pozostały zbyt przykre skutki z pozostawania jego w jamie ustnej. Kamień bowiem odkładając się w okolicy szyjki zęba, uciska na ligamentum circulare oraz na brodawki, powodując obnażenie szyjki zęba na skutek czego pacjent zaczyna czuć ból pod wpływem czynników termicznych i chemicznych. Aby usunąć ból, należy usunąć mechanicznie kamień, szyjki zaś zalapisować. Czyszczenie zębów pastami na szczoteczkach daje o tyle dobre reultaty, że usuwa wierzchnią jego warstwę zapobiegając zbyt szybkiemu narastaniu. Dzieje się to jednak na skutek mechanicznej strony tego zabiegu, a nie na skutek chemicznego składu past.

Aczkolwiek niektóre pasty zawierają kwas mlekowy, który rozpuszcza kamień, to jednak in vivo nie dają dobrego wyniku. Resztę kamienia pozostałą po takim oczyszczeniu musi już usunąć lekarz drogą mechaniczną. Ponieważ jednak pewne niewielkie cząstki kamienia pozostają zawsze w kieszonkach, przeto zapuszczamy tam kwas mlekowy, który rozpuszcza te pozostałości.

Polecają także do tego celu używanie 1% kwasu trójchloroctowego, co jednak profesor Szepelski uważa za niewskazane, bo ma on własności przyżegające. Również nie wskazanym jest zapuszczanie kwasu przy pomocy pensetki Witzla, najlepiej kwas jest zapuszczać

pipetką Hermana względnie uszkiem bakteriologicznym czyli t. zw. ezą. Po tym zabiegu można zastosować płukanie ściągające, które zachamuje krwawienie i wzmocni nadwyrężone zabiegiem dziąsła. W związku z tymi lekami literatura lekarska podaje następujące przepisy:

Rp.
Tict. Ratanhiae
Myrrae
Gallarum aa. 1,5
Ac. Thymoli 0,03
M. f. sol.

Ewentualnie także można pominąć thymol, a zastosować w razie bolesności płukanie ściągające i znieczulające równocześnie:

Rp.
Decoctum fl. chamomil.
Trae 20.0—200
opii sipl.
gtt. V
M. f. sol.

Sig. 10—15 kropli na szklankę wody do płukania.

Powyższy środek leczniczy jest stosowany wprawdzie przy stomatitis, tym niemniej jednak zarówno jak następny może być stosowany w wypadkach wynikających z dolegliwości przedtem wymienionych:

Rp.
Thymoli 0,25
Mentholi 0,75
Ratanhiae
Gallarum
Myrrae aa, 5,0
M. f. sol.

Sig. 10—15 kropli na szklankę wody do płukania.

Jeżeli idzie o działanie soli Mg., często znajdujących się w pastach to każda alkaliczna substancja z powodzeniem zastąpi je, nie można więc przypisywać im jakichś nadprzyrodzonych właściwości. Przyznać należy, że są one nieszkodliwe, czego nie można powiedzieć o równie często stosowanym KCl, środku wręcz trującym, a ostatnio forsowonym jako posiadającym wręcz mistyczne własności. W związku z powyższym amerykański „Journal Dentystyczny“ pisze: „... wobec braku jakichkolwiek dowodów leczniczych działalności tych środków, nieoględne używanie tych preparatów chlorowych może być w skutkach swych nader niebezpieczne, a w wypadku połknięcia, wręcz trujące. Trzymajmy je zdaleka zwłaszcza od dzieci“.

Popularne antyseptyki sprzedawane jako wody, są śmiesznie słabe, a słabe być muszą, aby były znośne dla delikatnych błon śluzowych jamy ustnej.

Jeżeli jeszcze weźmiemy pod uwagę miejsce, gdzie zwykły się

znajdować bakterie oraz krótki czas działania tych płynów, widzimy jak nie wielka jest ich wartość lecznicza. Nawet substancja zawierająca dużo właściwości bakteriobójczych zgodnie z opinią medycyny w bardzo tylko nieznacznym stopniu w stosunku do swych właściwości bakteriobójczych byłaby skuteczną w ustach, gdyż nie dosięgnęłaby szkodliwych bakterii, które znajdują się zwykle w kieszonkach i zakamarkach jamy ustnej lub są przytwierdzone do zębów pod pokrywą z kamienia lub osadu nazębnego. W związku z tym należy się zastanowić, jaka jest szansa zetknięcia się z tym bakteriami. Jeżeli chodzi o te, które krążą wolno w ślinie, to one i tak znajdują się w stanie łatwo poddającym się czynnikom zewnętrznym, że już przy samej czynności płukania mogą być usuwane na zewnątrz. Jeżeli idzie o działanie antyseptyków, to jest bardzo wątpliwym, czy wchodzą one w kontakt z bakteriami znajdującymi się w okolicach migdałków, a już jest prawie pewnym, że nie działają na bakterie znajdujące się głębiej.

Gdy chodzi o kwestię zwykłego płukania, to w artykule „Accepted Dental Remedies“ profesor dr. James E. Aiguier profesor Uniwersytetu w Pensylwanii poleca następujący płyn:

¼ łyżki stołowej soli oczyszczanej,
¼ „ „ boraksu,
1 łyżkę stołowej wody utlenionej.

Wszystko zmieszać w szklance wody.

Jeżeli zaś idzie o przepisy natury ogólnej, tyczącej higieny zębów, to Związek Lekarzy Amerykańskich opracował, jak podaje prasa, następujące przepisy dla utrzymania niezbędnej higieny:

1) wypijać ¼ litra mleka codziennie,
2) pić soki świeżych owoców,
3) nie konsumować zbyt dużo cukru,
4) poddawać zęby kąpielom słonecznym,
5) trzy razy dziennie myć zęby,
6) raz na pół roku odwiedzać lekarza.

Punkt 4, aczkolwiek wydaj esię trochę niezrozumiały, jest w rzeczywistości bardzo prosty. Należy szeroko otworzywszy usta możliwie wszechstronnie poddać je działaniom promieni słonecznych, które zabijają nagromadzone w niej bakterie. Jak więc widzimy, z 6 podanych przepisów duży nacisk jest położony na sposoby odżywiania się. Popularny charakter tej kuracji ma na celu zapobieżenie używaniu podejrzanej wartości specyfików oraz zwrócenie uwagi szerokich rzesz na właściwą profilaktykę swego uzębienia.

Dział streszczeń

Dr med. i med. dent. HANS-JOACHIM KUTZLEB (Düsseldorf). Schorzenia śluzówki podczas ciąży i ich leczenie zapomocą kwasu askorbinowego (Vitaminu C). Schleimhautaffektionen während der Schwangerschaft und deren Behandlung durch Askorbinsäure (Vitamin C). (Dtsch. Zahnärztl. Wschr. 1938. Nr. 16).

Na podstawie badań przeprowadzonych w klinice ginekologicznej Akademii Lekarskiej w Düsseldorfie nad schorzeniami śluzówki u kobiet ciężarnych, a zwłaszcza nad t. zw. gingivitis gravidarum i vulvitis, dochodzi autor do wniosku, że są one wywołane avitaminozą względnie hypowitaminozą C.

Doświadczenia eksperymentalne wykazały, że deficyt witaminu C u kobiet ciężarnych ze schorzeniami śluzówki jest większy niż u kobiet ciężarnych bez tychże objawów. Gingivitis gravidarum nie jest więc chorobą ograniczoną tylko w jamie ustnej, lecz jest jednym ze symptomów schorzenia całego organizmu, ponieważ w czasie ciąży na śluzówce sromu występują podobne objawy. Przyczyną wywołującą te schorzenia śluzówki jest częściowy brak działania zwężającego kwasu askorbinowego na naczynia krwionośne, jak wykazały badania Tislowitza. Według tych doświadczeń kwas askorbinowy ma działanie zwężające naczynia włoskowate, a z chwilą kiedy organizm posiada go za mało, następuje paralityczne rozszerzenie tychże naczyń, które jest powodem powstawania przy hypowitaminozie C przekrwienia śluzówek i z tego wynikających skłonności do krwawień. Autor stwierdził, że objawy zapalenia i krwawienia dziąseł cofają się u kobiet ciężarnych po zastosowaniu witaminu C.

str. *Karol Schatzker.*

Dr RICHARD PLÖTZ. Doświadczenia z nową laną porcelaną. Erfahrungen mit einem Gussporzellan. (Zahnärztliche Rundschau Nr 6, rok 1938).

Autor w swoim artykule opisuje kilka ciekawych doświadczeń nad nową laną porcelaną, która, jego zdaniem, dzięki swoim zaletom higienicznym, fizjologicznym i kosmetycznym stanie się materiałem b. pożytecznym i celowym w uzupełnianiu braków protetycznych.

Nowa lana porcelana znajdzie zastosowanie tak w zębolecznictwie zachowawczym jak i w protetyce dentystycznej. Ta nowa porcelana należy do grupy Frittenporzelan, włączamy ją do porcelan łatwotopliwych, topiących się w temp. 1100° C. w przeciwstawieniu do trudnotopliwych, które topią się w temperaturze 1380°—1460° C.

Zawartość glinu w tej porcelanie jest b. niska, budową swą zbliża się raczej do szkła niż do właściwej porcelany. Punkt topliwości tej porcelany zmienia się w dosyć szerokich granicach od 950°-1100°. Jako przypuszczalną przyczynę tego autor uważa dodatki różnych barwików.

Ta nowa porcelana wyrabiana jest w 20 różnych kolorach, daje wystarczający opór przy żuciu, pozwala na otrzymanie każdego żądanego kształtu, łatwo spływa, można z niej nakładać delikatne i cienkie warstwy.

Ilość znaczna, bo 20 kolorów pozwala nam na sporządzanie odlewów potrzebnej barwy. Kolory w robocie np. korony porcelanowej możemy kombinować, dolewając odpowiedni kolor porcelany do raz odlanego modelu z koloru podstawowego.

Przy sporządzaniu wkładów z lanej porcelany ubytek preparujemy metodą Black'a, bierzemy wycisk woskiem niebieskim, odtłuszczamy go alkoholem, zatapiamy do masy wyściółkowej Duroterm-Einbettmasse; dalsze postępowanie jak przy odlewach ze złota. Plötz przy odlewaniu doradza nie barć więcej jak 3 - 5 perełek porcelany, gdyż odlew może się nie udać, wskutek nierównomiernego ogrzania wszystkich perełek.

Jeżeli przy odlewaniu część modelu odleje się dobrze, a w pewnym miejscu porcelana nie dopłynie, to nie potrzebujemy całego modelu robić jeszcze raz, a tylko tę brakującą część dolewamy. Miejsca złączenia nie znać zupełnie.

Przy robocie koron porcelanowych ząb preparujemy jak do porcelany palonej ze schodkiem. Robimy wycisk pierścieniem z masą Kerra, potem model, na którym odtwarzamy z wosku niebieskiego kształt korony. Ostateczny kształt dokładny korony otrzymujemy zwykle po kilkakrotnym odlewaniu.

W ostatniej części artykułu autor zajmuje się sprawą roboty całych mostów z lanej porcelany dwu, trzy, cztero członowych.

Odlewy sporządzano aparatem Eldentoka, który jeżeli chodzi o większe mosty, ma tę wadę, że nie pozwala na sporządzanie mostów o większej ilości członów niż trzy.

Richard Plötz wierzy, że lana porcelana znajdzie liczne zastosowania i rozwiąże różne możliwości. Narazie laną porcelanę trzeba zrobić dostępną w codziennej praktyce dentystycznej. Z zebranych przykładów będzie można wyciągnąć ostateczne wnioski co do wartości tego materiału w zębolecznictwie.

Str. *A. Nieszczyńska.*

Dr WILLY GEIER, Stuttgart. Występowanie płaszczyzn ścierania na zębach naturalnych, jak również ich znaczenie dla kształtowania naszych robót protetycznych. (Das Auftreten der Abrasionsflächen an den natürlichen Zähnen sowie ihre Bedeutung für die Gestaltung unserer prothetischen Arbeiten). (Zahnärztliche Rundschau, 1937, Nr 35).

Autor opiera się na pracach Gottlieba, Orbana, Müllera, Gysi'ego, Jantzera, Adloffa, Wannenmachera, Hiltebrandta, Stäkego i innych.

Można podzielić żywot zęba pod względem wyrzynania się na dwa okresy. W pierwszym okresie zęby rosną tak długo, aż spotkają się z antagonistami. W drugim okresie następuje cofanie się kie-

szonki dziąsłowej w kierunku wierzchołka korzenia, i korona fizjologiczna zęba rośnie dalej, rośnie biernie, przez obnażanie się części korzenia. Pierwszy okres możemy nazwać wyrzynaniem się klinicznym zęba. To wyrzynanie się przy braku antagonistów może doprowadzić do wysunięcia się zęba jednej szczęki pomiędzy zęby drugiej.

Ząb z czasem zaczyna się ścierać na powierzchni żującej ewentualnie na brzegu siecznym. Ten proces oznacza się przez Abrasio dentium. Ponieważ mamy tu do czynienia ze stratą substancji zębowej, należałoby się zastanowić, czy jest to zjawiskiem fizjologicznym, pożądanym, czy też patologicznym, niepożądanym. Otóż, biorąc rzecz praktycznie, widzimy, że przy zgryzie prostym, kiedy starcie się guzków i brzegów siecznych jest największe, nie spotykamy okołozębicy. Poza tym obserwacje nad zgryzem naszych przodków i ludzi żyjących obecnie w stanie dzikim wskazują na wytwarzanie się u nich z wiekiem zgryzu „zżutego", który tak bardzo jest podobny do zgryzu ślizgowego, będącego wzorem terapii przy sporządzaniu dostawek całkowitych i do którego winno się dążyć również przy terapii zgryzu niepełnego. Wreszcie należy przyjąć, że nie ma w zębach człowieka pierwotnej pozycji okluzyjnej zgryzu; zdolność funkcyjna wytwarza się w ciągu życia i nie jest dziedziczona.

A więc w gruncie rzeczy szkodliwa okoliczność zużywania się przez akt żucia stała się własnością pożyteczną.

Wypadku okołozębicy przy zgryzie startym można tłumaczyć w dwojaki sposób: albo ścieranie się zębów, zwłaszcza trzonowców i przedtrzonowców przybrało takie rozmiary, że doszło do zaniku punktów stycznych, zsunięcia się zębów i zaniku przegród międzyzębowych połączonego z powstawaniem kieszonek; albo też okołozębica powstała naskutek przeciążenia zgryzu lub też fałszu w nim na długo przed zżuciem się zębów.

Obok normalnego, fizjologicznego ścierania się zębów, które prowadzi do powstawania zgryzu ślizgowego o powierzchni ślizgania nie płaskiej, lecz raczej wirowej — występuje ścieranie się zębów patologiczne. Spotykamy je przeważnie przy zgryzie głębokim pierwotnym lu też wtórnym, powstałym naskutek braku trzonowców. Przy normalnym, fizjologicznym ścieraniu się zębów płaszczyzny starcia tworzą z osią zęba kąt bliski protego; przy patologicznym nadgryzaniu przednich zębów kąt ten jest bardzo ostry zarówno w znaczeniu geometrycznym jak i w dosłownym. Niezależnie od znacznej straty substancji zębowej w tego rodzaju głębokim zgryzie następuje przeciążenie zębów przedniego odcinka i wynikająca stąd okołozębica.

Jeżeli chodzi o terapię zgryzu, należy powyższe zjawiska uwzględnić i stosować przy sporządzaniu dostawek tak fizjologicznych jak i niefizjologicznych całkowitych i częściowych. Co do pierwszych, to przy uzębieniu startym nie wolno uzupełniać je przez protezy o wyraźnie zaznaczonych guzkach; guzki na powierzchniach żujących oraz brzegi sieczne zębów przednich w naszych protezach fizjologicznych winny harmonizować z resztą uzębienia, winny tworzyć dalszy jego

ciąg. Co do dostawek niefizjologicznych, to należy do nich używać zębów t. zw. startych o nieznacznie zaznaczonej powierzchni żucia. Zęby takie są już wyrabiane przez fabryki, niestety narazie jedynie w zakresie trzonowców i przedtrzonowców. Jeżeli idzie o zęby przednie, to musimy przed umocowaniem ich w trzonie protezy dostosować je do reszty zębów przez dopiłowanie i zniesienie brzegów ostrych lub śpiczasto wybiegających. Wreszcie należy pamiętać i o różnej twardości zębów naturalnych i sztucznych. Jeżeli tego momentu nie uwzględnimy, dostawki przez nas sporządzone zostaną przedwcześnie zużyte, zniszczone, przegryzione lub popękane. Idealnym materiałem byłby taki, który posiada twardość bliską twardości zębów naturalnych. Z tego też względu zbyt twarde materiały, jak stal i Vitalium nie bardzo się nadają do wykonania koron i mostów. Co do koron Jacket'a i mostów porcelanowych, to należy przy sporządzaniu ich pamiętać, że nie podlegają one prawie ścieraniu; to też należy zgóry tak je kształtować, żeby w związku ze ścieraniem się reszty uzębienia nie mogły wystąpić w nich żadne przeciążenia. Z punktu widzenia funkcjonalnego (nie kosmetycznego ani higienicznego) nie możemy określić porcelany jako materiał pełnowartościowy. Materiału idealnego, któryby odpowiadał potrzebom funkcjonalnym naszych dostawek nie ma, zaś wszelkie sposoby kombinowania materiałów tak, żeby proteza sama nie ulegała zniszczeniu ani szkodziła pozostałemu uzębieniu naturalnemu, dają tylko połowiczny wynik.

Streścił *S. Hałłaj,* inż.

Dr J. REICHERT (San Remo). Nowa metoda wykonywania klamer lanych. Eine neue Methode zur Herstellung gegossener Klammern. (Zahnärztl. Rundschau, Nr. 2/38).

Na wstępie autor podaje historię rozwoju nowoczesnych klamer. Jako pierwszy zastosował je Bonwill w r. 1898, który spotkał się z dużą krytyką swej metody, rychło przekonano się jednak o jej wartości i pożyteczności. Nieco później wypróbowali i udoskonalili jego metodę Gillet i Jackson. Do spopularyzowania jej przyczynił się również Nesbet przez zastosowanie klamer lanych, podczas gdy Bonwill posługiwał się złotem walcowanym.

Przechodząc do tematu, autor nie rozpatruje wskazań do stosowania nowoczesnych klamer, lecz ogranicza się do omówienia ich wad.

Klamra lana składa się z dwu części: z ramienia obejmującego ząb i z części podpierającej, wchodzącej na pow. żującą. Ta druga część ma dużo nazw: Lingula, Intars, Tip, w języku niemieckim, Auflage, w języku polskim przyjęło się określenie „cierń".

Wady klamer lanych polegają według autora na tym, że:

1) klamra lana jest nieelastyczna i łamliwa;
2) istnieje obawa przed starciem i próchnicą zębów objętych klamrą;

3) często trudno jest osadzić klamrę naskutek skurczenia się metalu;
4) zużywa się dużo złota;
5) model woskowy sprawia trudności związane z porą roku: w zimie wosk jest bardziej łamliwy z powodu zwiększonej twardości. W lecie większa podatność wosku zmusza do pogrubienia modelu, a przez to i klamry;
6) trudno jest osadzić protezę z lanymi klamrami.

Nowa metoda sporządzania klamer lanych spopularyzowała się, zdaniem autora, dlatego, że zapobiega kurczeniu się klamry i umożliwia natychmiastowe osadzenie klamry po odlaniu.

Autor dzieli pracę na 3 fazy: 1-sza to przygotowanie drutu jako uzbrojenia, co porównuje z uzbrojeniem cementu w nowoczesnej architekturze. 2-ga faza to przygotowanie folii, jak przy sporządzaniu korony żakietowej. 3-ia faza to wymodelowanie klamry z wosku na folii i drucie.

Co się tyczy fazy pierwszej, to najwłaściwszym jest drut stopu platynowego grubości 0,5 mm o punkcie topliwości 1450° C. Drut po ogrzaniu do 800°—900° uzyskuje wielką podatność, którą można zwiększyć przez gwałtowne ostudzenie w alkoholu. Odcina się 2½ długości, jaka jest potrzebna do zwykłej klamry, końce lutuje się lub skręca. Z powstałej w ten sposób pętli formuje się ramiona obejmujące ząb i cierń, uwzględniając oczywiście największy obwód zęba. Uformowana w ten sposób klamra z drutu winna lekko wchodzić na ząb tak, aby opadała po odwróceniu modelu w dół.

2. Stopiony metal zmniejsza przy krzepnięciu swoją objętość, by temu zapobiec, stosuje się folię, która podobnie jak drut, zmniejsza kurczliwość odlewu. Stosuje się folię platynową jak do korony żakietowej. Dla większej dokładności model zęba należałoby sporządzić z amalgamatu miedzi. Folia winna pokryć prócz zęba także część dziąsła, zapobiega to przesunięciom folii wraz z pętlą, jako też przedostawaniu się złota przy odlewaniu na wewnętrzną stronę folii.

3. Na folię i ułożoną na niej pętlę drucianą dajemy kilka kropel lepkiego wosku, gdyż modelarski nie chwyta dobrze folii, następnie daje się wosk modelarski. Po wymodelowaniu klamry, należy model wygładzić wacikiem zwilżonym gorącą wodą. Do odlewu klamer używa się złota z dodatkiem 5—10% platyny.

Korzyść w zastosowaniu folii widzi autor w tym, że odlew jest po stronie wewnętrznej doskonale gładki, poza tym wraz z drutem zapobiega kurczeniu się klamer. Drut utrzymuje folię in situ oraz zapobiega łamliwości modelu woskowego przy zdejmowaniu modelu z zęba, przez co sama klamra może być cieniej modelowana.

str. *A. Issler.*

———o———


Przeciwko
kamieniowi
nazębnemu
Solvolith
pieni się-nie zawiera mydła!

KALENDARZ ZJAZDOWY.

1938. 26. - 29. sierpnia Praga (Czechosłowacja). VII. Międzynarodowy Zjazd Towarzystwa „Arpa“. (Program tymczasowy patrz Dwumiesięcznik Stomatologiczny 1938. Nr 1.).

1938. 22. - 24. września. Bonn (Niemcy). I. Międzynarodowy Zjazd Medycyny Sądowej.

1939. listopad. Warszawa. IX. Polski Zjazd Stomatologiczny.

KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE W PALESTYNIE.

Z końcem sierpnia 1938 r. rozpoczną się w Jerozolimie tygodniowe kursy dokształcające w języku angielskim i niemieckim ze wszystkich dziedzin stomatologii dla stomatologów i lekarzy-dentystów prowadzone przez prof. Gottlieba z Wiednia.

Przedpołudnia będą poświęcone demonstracjom na pacjentach, a po południa wyjaśnieniom, zapytaniom i dyskusjom na temat demonstrowanych przypadków. Tematem drugiego tygodnia będą: inlaye, pinlaye, trzyćwierciowe korony, mostki i częściowe dostawki, a tematem 3-go tygodnia: protezy, ceramika i wszystkie inne zagadnienia stomatologii.

Ilość uczestników 1 kursu ograniczona do 12; opłata tygodniowa 10 Ł., a dla członków Tow. Domu Lekarza-dentysty w Jerozolimie 20% zniżka.

Zgłoszenia przyjmuje: **Hillel Remedy Factory P. O. B. 1253, Haifa - Palestyna.**

Nowe wydawnictwo.

Katalog „Zęby de Treya“.

Kolegom praktykom zwracamy uwagę na nowy katalog firmy DE TREY, obejmujący różne rodzaje zębów do dostawek kauczukowych, metalowych, zęby rurowe i korony, zilustrowany zespołami zębów na tablicach, które przedstawiają w sposób artystyczny, z niedoścignioną wprost techniką fotograficzną kształty poszczególnych zębów. Przy użyciu tychże tablic można wybrać najodpowiedniejszy do danego przypadku kształt zęba, a posługując się wzorem barw DE TREY'A i odpowiednią barwą. Powołując się więc na numery tablic i barw zamówić można w składnicach dentystycznych odpowiednie zęby każdorazowo dla danego wypadku. Obok tablic mamy także objaśniający tekst, ujęty w dobrej polszczyźnie. Ilustracje zębów przedstawione na 51 stron katalogu są tak artystycznie wykonane, że mamy wprost złudzenie, że mamy przed sobą prawdziwe zęby wypalone w porcelanie. Katalog ten otrzymać można za pośrednictwem przedstawicielstwa DETREYCO, Warszawa, Świętokrzyska 28.

RUCH W TOWARZYSTWACH.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI STOWARZYSZENIA WZAJEMNEJ POMOCY ST. ŻYDÓW AKADEMJI STOMATOLOGICZNEJ ZA ROK 1937/38.

W okresie sprawozdawczym Zarząd Stowarzyszenia scentralizował swe wysiłki dla dalszego rozwoju działalności samopomocowej oraz dużo uwagi poświęcił popularyzacji Stowarzyszenia wśród społeczeństwa.

Przyznać trzeba, że istotnie stwierdziliśmy żywe zainteresowanie naszą pracą wśród praktykujących lekarzy-dentystów i stomatologów, a nawet i wśród ludzi z naszym zawodem nic wspólnego nie mających. Dowodem tego niechaj będzie wydajna pomoc Zw. Lekarzy-Dentystów w P. P. i jego członków w postaci pomocy przy organizowaniu imprez dochodowych, przyznania 1½ stypendium kolonijnego, pomoc finansowa lekarzy dentystów starszej generacji, którzy kontakt ze społecznością akademicką dawno już zerwali. Dowodów na to dostarczyła ostatnia wieczornica, która dzięki temu dała niebywały dotychchczas dochód w kwocie zł. 987.

W dziedzinie samopomocy materialnej rozdzieliliśmy zł 4.295, z tego na czesne zł 3.504, na stypendia obiadowe zł 336, na inne zł 455.

Tutaj godzi się zaznaczyć, że podania były załatwione pozytywnie w 70,9%%.

Dla uzyskania tak znacznych funduszów, urządziliśmy trzy wieczornice i jeden seans filmowy. Prócz tego dużo uwagi poświęciliśmy windykacji należności od absolwentów, którzy acz często dobrze zarabiający, urządzeni luksusowo, nie pamiętają o swych zobowiązaniach względem Stowarzyszenia. Nie spłacając długów, niesumienni ci ludzie pozbawiają Stowarzyszenia możności pomocy głodującym nieraz kolegom.

Uchwalono stosować w stosunku do powyższych jak najdalej idące restrykcje, aż do pomocy Władz Egzekucyjnych, włącznie, i tu wiele nam się udało zdziałać dzięki bezinteresownej pomocy pana mecenasa Fryderyka Tesznera.

Prowadziliśmy świetlicę trzy razy w tygodniu, zaopatrzoną w prasę fachową i ogólną. Wygłoszono 9 odczytów w kole naukowym.

Z prawdziwą przyjemnością składamy podziękowanie red. red. „Dwumiesięcznika Stomatologicznego“, „Polskiej Stomatologii i Przeglądu Dentystycznego“, „Dentystycznych Wiadomości Związkowych“ i „Kroniki Dentystycznej“ za bezpłatne nadsyłanie ich pism.

Zasób książek w bibliotece powiększyliśmy o 36 tomów.

W zakresie pomocy naukowej zorganizowaliśmy 4 repetitoria i zaopatrzyliśmy członków w sterylizatory i szkło do fleczeru.

Wzięliśmy czynny udział w organizacji kolonii w Zawoi, z której skorzystało 19 członków, przy wydatnej, nieraz 100% pomocy Stow.

Kończąc powyższe, należy wspomnieć i podziękować p. prof. Dr. Konradowi Szepelskiemu za zainteresowanie i pomoc dla prac naszych, jakoteż p. kierownikowi Sekretariatu A. S. Zygmuntowi Groszewskiemu za zrozumienie naszych potrzeb.

Za Zarząd:

Prezes (—) *Jakub Szenwald.*

Sekretarz (—) *L. Grinszpanówna.*

KOMUNIKATY:

OD REDAKCJI.

Nakładem „Dwumiesięcznika Stomatologicznego“ ukazał się „Kurs fantomowy dentystyki zachowawczej“ w opracowaniu lek. dent. J. Bobińskiej - Lemańskiej st. asyst. Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akademii Stomatologicznej. Podręcznik ten nabyć można w administracji „Dw. Stom.“ przy ul. Marszałkowskiej 120 m. 5 w cenie 2 zł.

Biuro Pośrednictwa Pracy.

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej zawiadamia W. P. Kol., że przy Zarządzie istnieje Biuro pośrednictwa pracy, które poleca wykwalifikowanych kandydatów na posady i zastępstwa. Uprzejmie prosimy w razie zapotrzebowania zwracać się do
Biura pośrednictwa pracy ul. Wspólna 59, m. 8, tel. 9-40-22, od godz. 18 — 20.

Kierownik Biura **H. Zaczyńska.**

Biuro Porad Prawnych.

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej zawiadamia, że przy Zarządzie istnieje **Biuro Porad Prawnych,** które udziela informacyj w sprawach wymagających orzecznictwa prawnego. Biuro to pozostaje pod kierownictwem koleżanki Zaczyńskiej i ma zapewnioną pomoc prawniczą. We wszystkich tych sprawach zwracać należy się wyłącznie pisemnie przy dołączeniu ewent. dokumentów w danych sprawach oraz opłaty w wysokości 1 (jednego) zł. w znaczkach pocztowych na pokrycie kosztów manipulacyjnych. Porady będą udzielone pisemnie. **Adres Biura Porad Prawnych Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej: Warszawa, Marszałkowska 120 m. 5.**

Biuro Porad Prawnych będzie załatwiać wszystkie sprawy za wyjątkiem spraw podatkowych.

Biuro Porad w sprawach podatkowych.

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej podaje do wiadomości, iż istnieje przy Zarządzie **Biuro Porad w sprawach podatkowych** pod kierownictwem członka Zarządu kolegi Łączyńskiego Juliana, do którego należy się zwracać bezpośrednio pod adresem: **Pabianice, ul. Zamkowa Nr. 29.**

Opłaty manipulacyjne 1 (jeden) zł. w znaczkach pocztowych.

Agendy Stowarzyszenia.

Sekretariat: Marszałkowska 120 m. 5.

Godziny urzędowania:

Prezes i sekretarz: w środy godz. 21—22.
Sekretariat: wtorki, środy, czwartki i piątki godz. 18—21.

PYTANIA I ODPOWIEDZI.

Pytanie Nr 9. Proszę o udzielenie rady, jak mam postąpić w następującym przypadku. Mam wykonać górną całkowitą protezę u pacjenta 48-letniego; pacjent nosi protezę od 16 lat — proteza opatrzona jest ssawką, która spowodowała duże zagłębienie na podniebieniu. Protezę trzeba bezwarunkowo zmienić. Pacjent ma taki rodzaj pracy, że nie może ani na chwilę pozbyć się protezy, żeby można było pozwolić błonie śluzowej powrócić do dawnych warunków.

Jak przygotować wobec tego jamę ustną do wycisku?

N. R. Warszawa.

Odpowiedź na pytanie Nr 9. Należy położyć silny nacisk na konieczność wyjmowania protezy na noc, ażeby chociaż przez czas nocy błona śluzowa pozostawała wolna od działania płyty. Jeśli pacjent nie może pozbyć się protezy w ciągu dnia, trzeba stworzyć takie warunki dla płyty, aby była jak najmniej szkodliwa.

1. Usunąć gumkę ssawki. 2. Odciąć umocowanie ssawki, wygładzić pozostałość kamyczkiem. 3. Wnękę odpowiadającą gumce w protezie opatrzyć małymi chropowatościami, osuszyć, wypełnić czarną gutaperką, wytwarzając w ten sposób gładką powierzchnię płyty. 4. Aby umożliwić umocowanie nieco luźnej płyty, użyć proszku Traganta (gum. Traganti pulverati), albo proszku „Hermix" (Hermanna z Wiednia), jako prowizorycznego utrzymującego czynnika. Pacjentowi zalecić używanie tak zmienionej protezy przez czas 10—14 dni. Obserwować zmiany w podściółce. Po wygojeniu i wygładzeniu przystąpić do wycisku metodą czynnościową.

Galasińska - Landsbergerowa.

Pytanie Nr 10. Czy przy epilepsji wskazana jest proteza dolna, ew. co robić, jeśli stan uzębienia jest według formuły 4—, 3—, 2—, 1—, —1, —2, —3, —8? Czy na —8 dać koronę ze sztyftem, gdyż jest bardzo niski i zniszczony cały próchnicą, bez zmian w miazdze?

Lek. dent. *I. B. Przemyśl.*

Odpowiedź na pytanie Nr 10. Ze względu na silne zaciskanie szczęk, gwałtowny, nadmierny uraz podczas napadów padaczki, by-

łaby wskazana w danym przypadku proteza s t a ł a, o konstrukcji możliwie silnej, wykluczającej złamanie, odpryśnięcie jakiejkolwiek części i ewentualne posunięcie lub aspirowanie podczas napadu choroby. Najwłaściwszy byłby most o filarach: —2, —3, —8 korony całkowite, o powierzchniach zgryzowych lanych, dość grubo modelowanych. Przęsło —4, —5, —6, —7 c a ł k o w i c i e lane, możliwie wąskie, dla uniknięcia przeciążenia. Przęsło jednolicie złote, b e z porcelany z obawy przed pęknięciem tejże podczas zaciskania napadowego szczęk. Możnaby na przęsło użyć stopu złoto-platynowego, lub poprostu 18″ złotego dla podniesienia wytrzymałości członów na zgięcie. Zarówno korony, jak przęsło, powinny mieć powierzchnie bardzo starannie wymodelowane i obrobione, przejścia krawędzi gładkie ze względu na przygryzanie języka podczas napadów padaczki. Trudność sprawia —8, jak pan podaje, „niska i zniszczona, ale bez zmian w miazdze". Trudno wobec dość niejasnych określeń sądzić o istotnym stanie tego filaru.

Gdyby warunki zgryzu i zębów przeciwległych pozwoliły, możnaby —8 odbudować wkładem lanym, srebrnym lub złotym, i tak wzmocniony, nadbudowany filar służyłby doskonale. Czy „brak zmian w miazdze" należy uważać za stwierdzoną żywotność zęba? Jeżeli —8 jest martwa, warunki umocowania wkładu odbudowującego powiększają się o miejsce w komorze i przewodzie. Oczywiście jest zrozumiałe, że —8 musi mieć dobre utrzymanie w kości i zdrową ozębną. Jeżeli —8 jest niska i zniszczona, że nawet wkład nie będzie w stanie odtworzyć jej korony, jeżeli jej oprawa w zębodole nasuwa zastrzeżenia, wykonanie mostu będzie niemożliwe. Druga alternatywa — proteza ruchoma, zdaniem moim musiałaby być wykonana ze szczególnym uwzględnieniem warunków anatomicznych, zgryzowych, materiałowych i statycznych — nasuwa tak wiele wątpliwości co do konstrukcji i umocowania ze względu na trudne warunki ogólne pacjenta, że raczej należy się w tym przypadku odnieść do niej negatywnie.

Galasińska-Landsbergerowa.

Pytanie Nr 11. Pacjent lat 8. Progenia (3. klasa Angle'a), zgryz głęboki. Zachodzi obawa, że pacjent nie będzie chciał nosić krzywej pochyłej (kaprysi przy jedzeniu i może użyć tego, jako pretekstu żeby nie jeść). Ponieważ jest koniecznym podwyższenie zgryzu wraz z ew. założeniem krzywej pochyłej, czy więc nie możnaby w kapie kauczukowej, podwyższającej zgryz, stworzyć odpowiednią ukośnie zeszlifowaną powierzchnię, zastępującą krzywą pochyłą?

L. M.

Odpowiedź na pytanie Nr 11. Jeżeli przypuszcza się, że dziecko ustosunkuje się niechętnie do noszenia aparatów regulujących, należy obrać drogę regulacyjną automatyczną nie pozwalającą dziecku

na samowolne zdejmowanie. Z tych względów zastosowanie aparatów kauczukowych do zdejmowania jest przeciwwskazane w przytoczonym przypadku, a należy zalecić założenie krzywej pochyłej umocowanej na koronach dolnych siekaczy. Obawa, że dziecko odmówi pokarmów, nie ma poważniejszego uzasadnienia.

Halina Kondrat.

O ELASTYCZNEJ MASIE WYCISKOWEJ NADRAG.

(Dokończenie.)

Ze względu na wyjątkowe zalety masa wyciskowa NADRAG szybko zyskała uznanie szerokich sfer praktyków całego świata, czego najlepszym dowodem jest olbrzymi popyt i liczne, aczkolwiek nieudane, naśladownictwa.

Masa wyciskowa NADRAG jest rozrabiana tak samo jak zwykłe masy, — nie wymaga więc żadnej specjalnej apratury, ani też odmiennych łyżek wyciskowych.

NADRAG należy włożyć (najlepiej w woreczku, lub kawałku płótna) do wrzącej wody. Gdy masa stanie się zupełnie plastyczna, należy ją wyjąć, ugnieść i na normalnej łyżce wprowadzić do ust.

Zębów wazeliną zwilżać nie należy.

Sparzenie przy ugniataniu, lub zdejmowaniu wycisku jest zupełnie wykluczone, gdyż masa NADRAG nie jest przewodnikiem ciepła.

Po upływie 1 minuty NADRAG twardnieje i należy wycisk wyjąć z ust. Zdjęte w ten sposób masą NADRAG wyciski odtwarzają z nadzwyczajną precyzją wszystkie szczegóły, nie wyciągając się.

Masa NADRAG jest oszczędną w użyciu, gdyż jedną płytkę można użyć kilkakrotnie.

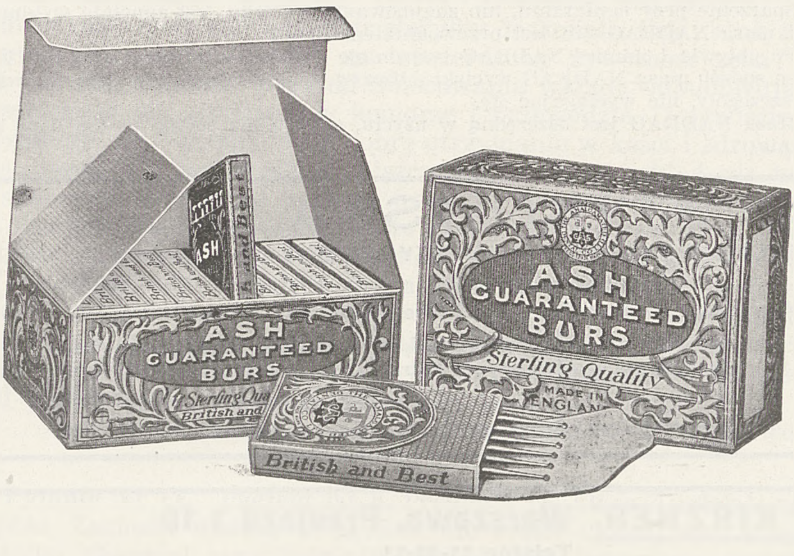
WAŻNE! WAŻNE!

POTANIAŁY

i stały się dostępne dla każdego fachowca
ostre, dobrze krające
gwarantowane

ANGIELSKIE ŚWIDRY ASH'A

wyrabiane z angielskiej najlepszej stali
we wszystkich używanych kształtach i wymiarach.



Każdy świder angielski Ash'a, niezależnie od rodzaju, kształtu i wielkości, jest zawsze wykonany z tą samą dokładnością i starannością.

ZASŁUGUJĄCY NA ZAUFANIE

Amalgamat srebra „ALRO"

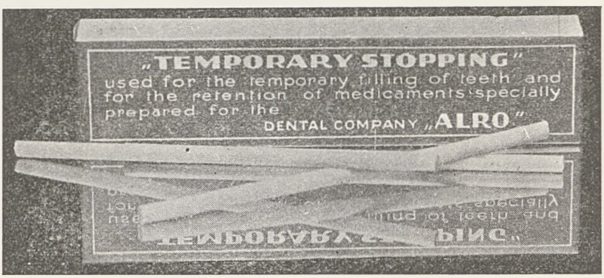
Jedyny wyrób krajowy o gwarantowanej zawartości srebra ponad **60%**



Nie zmienia formy, barwy i połysku. Szczelnie zamyka ubytek. Dobrze się rozrabia. Chemicznie czysty. Stop pierwszorzędnych surowców, otrzymany w piecu elektrycznym.

Gutaperka wyrobu krajowego „A L R O"

Łatwa w obrabianiu. Nie drażni. Dobrze zamyka ubytek. Odporna na działanie płynów. Jest trwała. Chemicznie czysta.



Handlowo - Przemysłowe Towarzystwo Dentystyczne „A L R O" Warszawa, Widok 6. Tel. 2.31-54

Do nabycia w składach dentystycznych.

Polska Drukarnia Nakładowa, sp. z ogr. odp., Warszawa, Senatorska 17. Tel. 251-58.